

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR LA CURE OPÉRATOIRE DES SINUSITES
FRONTALES CHRONIQUES (1)

Par P. JACQUES, professeur agrégé à la Faculté de
Médecine de Nancy.

Il n'existe et ne saurait exister pour la cure radicale des sinusites frontales chroniques purulentes un procédé opératoire unique : cela résulte manifestement pour tout observateur expérimenté de la diversité presque infinie des dispositions anatomiques, des associations pathologiques et des degrés de l'infection. L'opération élégante et simple d'Ogston-Luc conserve des indications précises dans les cas simples ; le procédé si ingénieux et si loué de Killian, répond incontestablement aux exigences des cas compliqués. Entre ces deux extrêmes opératoires et pathologiques entre les petits et les grands maux, les petits et les grands remèdes, se place, à mon sens, une catégorie très importante d'états cliniques intermédiaires constituant peut-être la majorité des cas où doit s'exercer notre intervention. Je précise.

Dans la plupart des sinusites frontales purulentes anciennes, les seules où, en dehors d'une complication sérieuse imminente, la question d'ouverture extérieure doit être envisagée, le sinus maxillaire, le labyrinthe ethmoïdal, l'antre sphénoïdal même participent aux processus inflammatoires et à la dégénérescence consécutive dans une mesure qu'il ne nous est pas possible d'apprécier autrement que par l'ouverture opératoire de ces cavités. Que de fois dans les vieux empyèmes associés, qu'il nous

(1) Communication à la Société Française d'otologie, mai 1905.

est donné de suivre pendant quelques semaines, les procédés d'exploration les plus précis nous laissent-ils dans l'incertitude non seulement sur la filiation des foyers suppurants, mais sur l'existence même de l'un ou de l'autre, sur l'origine propre de l'écoulement méatique ! Tous ceux qui ont vécu l'évolution sémiologique et opératoire des suppurations nasales annexielles savent les surprises, presque toujours en plus, que leur a procurées l'exploration opératoire dans les cas douteux.

Au point de vue anatomique, d'autre part, les sinus frontaux à expansion verticale très grande et très anfractueuse — les seuls qui justifient à mon avis la manière de faire de Killian — doivent être considérés comme une assez rare exception.

A ces cas ordinaires de sinusites frontales chroniques associées, pansinusites unilatérales, si l'on veut, que je caractériserai anatomiquement par un développement modéré de l'expansion verticale de la cavité du front, pathologiquement par une diffusion certaine, mais mal arrêtée de l'infection annexielle suppurative, à ces cas, dis-je, que je considère comme la règle en clinique, une règle opératoire générale est applicable. Je vais brièvement exposer celle que j'utilise depuis deux ans et qui m'a fourni beaucoup de satisfaction avec peu de déboires.

TECHNIQUE. — *L'attaque du système des annexes infectées a lieu par la voie orbito-nasale*, comme dans le procédé que j'ai préconisé déjà pour le cas des sinusites frontales isolées, *et uniquement par cette voie* :

Incision arquée partant du tiers externe du sourcil, suivant le rebord orbitaire et épousant sa courbe ; puis descendant verticalement de la tête du sourcil entre l'os propre et la branche montante jusqu'au bord de l'orifice piriforme (l'incision se fait en sens inverse pour le côté gauche). Elle comprend les parties molles jusqu'à l'os, périoste compris.

Rugination du périoste, qui sera poussée beaucoup plus loin sur la lèvre inféro-externe que sur la lèvre supéro-interne ; désinsertion de la poulie du grand oblique et du sac. Hémostase.

Attaque à la gouge du sinus frontal au niveau de la région la plus antérieure et la plus interne du toit orbitaire ; exploration par la vue et le stylet de sa cavité.

Elargissement à la pince de l'orifice : 1° en arrière et en

dehors par résection complète du plancher sinusien jusqu'à la rencontre de l'angle cérébro-orbitaire et suppression des cloisons éventuelles (hémorrhagie facile à maîtriser des deux ethmoïdales). *Cette résection détruit la totalité de la lame inférieure du frontal* dédoublé par le sinus jusqu'à l'extrémité borgne du diverticule externe, *et respecte* autant que possible la paroi interne de l'orbite constituée par *la lame papyracée de l'ethmoïde*; — 2° en avant et en bas par résection de la branche montante et, au besoin, de l'os nasal, jusqu'à l'orifice piriforme (cette dernière partie de la brèche opératoire est beaucoup plus pénible que la première, en raison de la résistance particulière de l'os, de sa vascularité et de l'étroitesse relative du champ d'action. Ici la pince gouge en baïonnette de Jansen, excellente pour la destruction du toit orbitaire, doit céder la place à la pince craniotome ou au burin).

Exérèse minutieux de toute la muqueuse dégénérée du sinus frontal avec des curettes de forme appropriée, sous le contrôle de la vue, guidée par le réflecteur frontal.

Destruction du labyrinthe ethmoïdal, totale ou limitée à la région antérieure, suivant l'étendue des lésions. Les deux cornets ethmoïdaux sont supprimés en même temps et dans la même mesure. L'instrument de choix est une pince à polypes à mors larges et solides, dont l'action est complétée par la curette (détruire soigneusement les cellules les plus antérieures, tant du côté de l'unguis que vers l'attache antéro-supérieure de la lame perpendiculaire); puis, ce temps effectué, il ne doit plus exister à la place du labyrinthe ethmoïdal qu'une gouttière prismatique renversée dont le fond est formé par la lame criblée et le toit du labyrinthe; la face externe, par la lame papyracée et l'expansion orbitaire du sinus frontal, que va combler la graisse orbitaire; la face interne, par la cloison nasale. L'extirpation de la tête du cornet moyen, toujours assez difficile au cours de l'opération, pourra être exécutée avantageusement à l'avance sous l'anesthésie cocaïnique par les voies naturelles).

Ouverture large du sinus sphénoïdal par destruction de sa paroi antérieure à la curette et, au besoin, de son plancher à la pince-gouge (Hémorrhagie, facile à réprimer par tamponnement, de la sphéno palatine interne).

Ouverture large du sinus maxillaire par destruction à l'aide d'une curette coudée à tranchant tournée en dehors de toute la région supratubinaire de sa paroi nasale. Par la brèche ainsi pratiquée il est aisé d'effectuer, au moyen d'instrument à manche flexible, l'exérèse totale de la muqueuse dégénérée.

L'opération est terminée par un écouvillonnage au chlorure de zinc de toutes les surfaces cavitaires dénudées et par l'introduction de trois mèches iodoformées tamponnant : l'une la portion verticale respectée du sinus frontal ; l'autre, le sinus sphénoïdal et la gouttière ethmoïdale ; la troisième le sinus maxillaire ; toutes trois ressortent à l'orifice narinal. Suture endermique au catgut de l'incision cutanée et pansement ouaté compressif, agissant sur l'œil avec interposition d'une lame de silk.

RÉSULTATS. — Les soins post-opératoires se réduisent à l'extraction des mèches du deuxième au quatrième jour et à l'oblitération consécutive quinze jours durant de la narine opérée avec un tampon de coton hydrophile renouvelé à mesure qu'il s'imbibe de sérosité.

La sécrétion diminue et s'épaissit progressivement. Quand les contaminations accidentelles peuvent être évitées, elle garde le caractère séreux. Dans le cas contraire, elle devient séropurulente et *dans ce cas seulement* quelques irrigations alcalines aseptiques des différentes cavités sont indiquées. La réparation exige de six semaines à trois mois ; mais l'hypersécrétion cesse beaucoup plus tôt. Il est utile le plus souvent de supprimer ultérieurement à l'anse quelques lambeaux muqueux flottants devenus polypeux. Enfin il est bon de surveiller pendant quelque temps la communication naso-frontale qui tend parfois à se resserrer malgré son ampleur initiale.

Avantages. — a) Désinfection totale en une séance et par une brèche unique de toutes les annexes malades d'une fosse nasale.

b) Guérison radicale basée sur la simplification anatomique de l'appareil annexiel, confondu pour ainsi dire avec la cavité nasale principale.

J'ai pu récemment guérir en deux séances par cette méthode, chez un homme de 20 ans, une pansinusite bilatérale

datant de l'enfance avec dégénérescence polypeuse généralisée et déformation batracœide de la face qui avait résisté à plusieurs tentatives de rhinotomie effectuées par des chirurgiens généraux.

c) Absence complète de déformation extérieure, le très léger enfoncement de l'angle interne de l'orbite étant tout à fait négligeable.

Inconvénients. — a) Insuffisance d'accès vers les diverticules supérieurs des grands sinus frontaux. — Un bon éclairage et des instruments appropriés permettent à peu près toujours une désinfection parfaite de l'expansion verticale par la large brèche du plancher.

b) Diplopie par insuffisance du grand oblique désinséré. — Je l'ai toujours vue transitoire, quand elle a existé et généralement de très courte durée.

c) Chéloïde nasale. — Dans près de moitié des cas j'ai vu se développer secondairement au niveau de la portion verticale de l'incision une chéloïde assez disgracieuse : le fait tient vraisemblablement au développement particulièrement riche en cette région du tissu fibreux à la face profonde des téguments, disposition qui, d'ailleurs, rend assez laborieuse la rugination de l'os en cet région.

Quant au risque de complication indocranienne post-opératoire, j'ai dit ailleurs, et je répète, qu'aucun *procédé* ne saurait mettre entièrement à l'abri de cette éventualité si grave et heureusement si exceptionnelle.

II

TUBERCULOSE LARYNGEE ET GROSSESSE

Par Eugène FÉLIX

Agrégé à la Faculté de Médecine de Bucarest.

Au premier abord on pourrait croire que la tuberculose laryngée se rencontre rarement pendant la grossesse, le larynx étant plus rarement atteint de tuberculose chez la femme que chez l'homme, comme le prouvent les statistiques de Morell Mackenzie (1) et de M. Schmidt (2). Le premier de ces auteurs trouve sur 500 phtisies laryngées 365, hommes et 135 femmes ; M. Schmidt sur 1209 cas de tuberculose de la gorge nota 866 hommes et 343 femmes.

Quoique la grossesse chez la femme tuberculeuse est assez rare, comme on le verra plus loin, la tuberculose laryngée chez la femme enceinte est loin d'être une exception.

Tandis que l'influence réciproque de la grossesse et la tuberculose pulmonaire fit l'objet de bien des travaux, l'évolution de la tuberculose laryngée pendant la grossesse est moins bien étudiée. Pas qu'elle n'ait pas été rencontrée auparavant, loin de là, les observations mentionnées par Godsken (3), celle de Przedborski (4), Türk (5) et d'autres auteurs en font foi.

Mais comme l'attention n'a pas été attirée sur ce point par un travail plus détaillé, c'est à peine en 1901 que A. Kuttner (6), par sa communication au congrès des naturalistes allemands tenu à Hambourg, invita les différents laryngologistes à publier leurs observations de tuberculose laryngée issue au cours de la grossesse. A la suite de ce travail, mon attention fut attirée sur ce sujet, de sorte que je suis à même de donner l'histoire de deux malades, que j'ai vues :

OBSERVATION I. — Femme de 24 ans. Elle vint me consulter le 15 décembre 1904. Se trouve au huitième mois de sa première grossesse. La malade tousse depuis un an et a maigri beaucoup depuis six mois environ. Enrouée depuis quatre mois, des douleurs violentes à la déglutition ont commencé à faire leur apparition en novembre 1904.

La malade est anémiée, d'une constitution médiocre. Son père est mort tuberculeux.

A l'examen du larynx on trouve une infiltration de l'épiglotte et de la région interaryténoïdienne. Le bord libre de l'épiglotte est ulcéré vers sa partie moyenne. La voix est enrouée. L'intérieur du larynx ne peut être examiné, comme l'épiglotte rigide ferme les deux tiers antérieurs du vestibule laryngé.

Le sommet du poumon gauche présente des symptômes d'infiltration. Pas de fièvre.

Je revis la malade, qui habitait la province, quinze jours après. L'état du larynx est à peu près le même qu'au premier examen.

Le mari de la malade, qui vint me consulter en mai 1905, pour une affection de l'oreille, me communiqua que l'accouchement se fit à terme. La malade, très affaiblie, mourut dix jours après. L'enfant, chétif, vécut jusqu'à l'âge de 6 semaines.

OBSERVATION II. — Secondipare, 28 ans, se trouve vers la fin du huitième mois de sa grossesse. La première couche, il y a cinq ans, fut normale. L'enfant, bien développé, se porte bien, d'après ce que dit sa mère. Pas d'antécédents héréditaires. La malade se plaint depuis deux mois d'enrouement et d'une légère gêne à la déglutition, mais sans douleurs.

Le 12 février 1905, je trouve une infiltration de l'épiglotte et des aryténoïdes. Pas d'ulcération. Chez la malade bien constituée je n'ai rien pu trouver au poumon qui puisse faire soupçonner une tuberculose.

Le 23 mai 1905, je revois la malade. Elle me raconte que l'accouchement se passa normalement. L'enfant était bien portant et se développait bien ; mais l'enrouement de la mère ne passa pas. L'état du larynx n'était pas changé. Depuis, je n'ai plus revu la malade.

Dans sa communication, A. Kuttner (6) rapporte 15 cas dont 7 de la littérature. Le début de la tuberculose laryngée a été douze fois dans la première moitié de la gestation, deux fois le sixième mois, une fois trois mois avant la conception.

Les poumons étaient atteints chez trois malades avant la conception, chez les douze autres les lésions pulmonaires étaient à peine perceptibles.

Deux malades guéries depuis trois ou quatre ans avant cette grossesse, l'une d'une affection légère du sommet, l'autre d'une tuberculose étendue du larynx et à peine ébauchée au poumon, présentèrent immédiatement après la conception des lésions nouvelles du larynx et du poumon, auxquelles elles succombèrent.

Les enfants tous nés avant terme mais vivants : sept enfants au neuvième mois, cinq au huitième mois, trois enfants nés au septième mois.

De quatre de ces enfants on n'eut plus de renseignements après la naissance, trois sont encore vivants à l'âge de 15 ans, 2 ans et 7 mois, les autres enfants au nombre de 8 sont morts à l'âge de quelques mois au plus tard.

Les quinze mères sont toutes mortes, au plus tard cinquante-six jours après l'accouchement.

J. Veis (7) publie un cas, qui concerne une femme, qui avait souffert de tuberculose laryngée déjà comme jeune fille.

Accouchement spontané le huitième mois, enfant bien portant. Mère morte un mois après l'accouchement.

Dans le cas de R. Freytag (8) l'accouchement normal donna naissance à un enfant bien portant.

Löhnberg (9) observa 5 cas, dont les 2 premiers avec tuberculose primaire du larynx, greffée pendant la grossesse sur une affection laryngée catarrhale antérieure. Dans tous les cas les mères sont mortes. La tuberculose laryngée avait débuté : au deuxième mois, au début, au sixième mois et le neuvième mois de la grossesse. Chez la cinquième malade (observation iv) l'affection laryngée avait commencé trois mois avant la conception.

En dehors de ces cas personnels Löhnberg cite 2 cas de Türk publiés dans ses cliniques.

La malade de Seiffert (10) était presque guéri de sa tuberculose laryngée avant sa quatrième grossesse. Pendant celle-ci elle fit une tuberculose pulmonaire et l'état du larynx empira.

La malade aussi bien que son enfant survécurent à l'accouchement.

Godskesen (11) publie quarante-six observations (dont l'une de Veis, citée plus haut).

Dans 35 de ces cas, dans lesquels on n'eut recours qu'au traitement endolaryngé, le résultat a été le suivant :

En 2 cas le traitement a pris fin pendant la grossesse de sorte qu'on n'a plus eu des nouvelles de ces malades.

Une malade a quitté l'hôpital au huitième mois de sa grossesse.

Une fois l'état de l'affection entre le troisième et cinquième mois resta le même malgré le traitement.

Trois femmes sont mortes pendant la grossesse, sans aboutir à l'accouchement.

Vingt femmes sont mortes après l'accouchement ou l'avortement, à la suite de la tuberculose laryngée, sauf une malade, chez laquelle la nécropsie confirma le diagnostic de dégénérescence amyloïde du rein.

Des huit femmes qui restent, deux moururent à un an et demi et cinq ans après l'accouchement ; l'une des femmes se portait très mal une année après l'accouchement, une femme quitte l'hôpital en bonne santé, quelques semaines après l'accouchement, une autre vit encore cinq semaines après l'accouchement, sans que le mal ait progressé. Trois malades étaient bien portantes six mois, neuf mois et un an après l'accouchement.

Dans 2 cas de ces trente-cinq malades la laryngite n'a pas été diffuse, mais elle se présente sous forme de tumeur tuberculeuse, opérée dans les 2 cas. L'une de ces malades quitte l'hôpital le huitième mois de sa grossesse le larynx étant normal, l'autre accoucha et n'eut pas de récurrence même une année après.

Les 11 cas dans lesquels on eût recours à une opération extralaryngée se distribuent de la façon suivante :

Huit trachéotomies, toutes les fois il existait une tuberculose laryngée grave et la sténose du larynx menaçait la vie de la malade. Les mois de grossesse quand on exécuta cette intervention furent les suivants : chez une femme on intervint le

cinquième mois, une fois le sixième, deux fois le septième, deux fois le huitième et chez deux femmes le neuvième mois de la grossesse.

De ces patientes trois moururent immédiatement après la délivrance (accouchement ou avortement), deux se trouvèrent bien après l'accouchement, deux moururent un an et demi et deux ans après l'accouchement à la suite de la tuberculose, enfin l'une était vivante huit ans après l'accouchement.

Trois fois on eut recours à la laryngofissure. Chez la première malade on fit la trachéotomie le sixième mois de la grossesse, un mois avant la thyrotomie. Trois semaines plus tard, la malade put quitter l'hôpital en état, pouvant respirer sans canule. Des deux autres laryngofissures l'une a été complétée par la pharyngotomie sous-hyoïdienne. Les 2 cas étaient d'une gravité extrême. L'une de ces femmes survécut un an et demi à l'accouchement, l'autre mourut quelques jours après.

Les trois malades de A. Lewy (12) sont aussi mortes bientôt après l'accouchement. Deux des enfants sont morts, l'un à cinq semaines, le second à deux mois et demi, sur le troisième enfant on n'a pas de nouvelles. Deux des malades avaient aussi des lésions pulmonaires.

Sur les 2 cas de Hertz (13) je n'ai pas trouvé des détails, dans l'analyse consultée.

Longtemps avant la grossesse, avait débuté la tuberculose laryngée et pulmonaire chez la femme observée par Henrici (14). La trachéotomie faite le huitième mois de la grossesse ne put sauver la vie de la malade, ni l'opération césarienne l'enfant.

L'interruption de la grossesse le huitième et le septième mois, n'a pas été en état de conserver l'enfant que dans l'un des deux cas de Sokolowsky (15). Les mères sont mortes un mois après l'accouchement.

O. Fellner (16) rapporte l'histoire d'une femme enceinte au cinquième mois atteinte de tuberculose laryngée, qui quinze jours après avorta et mourut bientôt. Dans sa monographie (17), laquelle ne m'a pas été accessible, Fellner rapporte 18 cas de tuberculose laryngée pendant la grossesse.

En juin 1905, A. Kuttner (18) tint une nouvelle conférence

à la Société Allemande de laryngologie réunie au congrès de Heidelberg. En dehors de 2 cas publiés par Nikitin (que je n'ai pu trouver dans la littérature), il ajoute encore 3 cas personnels et 8 cas communiqués par différents laryngologistes à Kuttner, ce sont les observations de A. Alexander, B. Fränkel, Grosskopf, Landgraf, Ed. Meyer, A. Rosenberg, Scheyer et Schötz.

Baratoux a vu une série de femmes enceintes avec tuberculose laryngée, qui toutes périrent rapidement. Mais Wolff observa trois-quatre malades pareilles, à la policlinique universitaire de Berlin. Ces deux auteurs ont adressé ces indications directement à Kuttner.

Löhnberg (19) dans un travail récent rapporte l'histoire d'une malade à la cinquième grossesse, avec tuberculose laryngée et pulmonaire déclarée avant sa dernière grossesse. Le troisième mois on provoque l'avortement artificiel, mais la mère est morte deux mois et demi après cette intervention.

Seifert (19^{bis}) communique à la Société des médecins de Wurzburg l'histoire d'une femme, chez laquelle l'avortement fut provoqué deux fois pendant le cours d'une année, à cause de la phtisie laryngée.

Ce sont toutes les observations que j'ai trouvées et que je résume dans le tableau suivant :

N°	Auteur	Nombre de la grossesse	Début de la tuberculose laryngée	Tuberculose pulmonaire	Antécédents héréditaires	Accouchement spontané ou non	Sort de la mère	Sort de l'enfant	Trachéotomie avant l'accouchement
1	Przedborski, Archiv. t. Laryngol., XI, p. 68.	II ^e	Première moitié de la grossesse.	Non.	?	Spontané, neuvième mois.	Morte quarante jours après.	?	—
2	B. Fränkel, cité par A. Kuttner. Archiv. f. Laryngol., XII, p. 311.	IV ^e	Fin sixième mois de la grossesse.	Oui.	Pas d'antécédents.	Commencement du neuvième mois, spontané.	Morte vingt-cinq jours après.	Mort à trois mois.	—
3	B. Fränkel, cité par A. Kuttner. Ibid.	I ^e	Sixième mois de la grossesse.	Oui.	Antécédents héréditaires.	Fin du neuvième mois, spontané.	Morte peu de temps après.	Vit à l'âge de deux ans.	Trachéotomie fin du cinquième mois.
4	B. Fränkel, cité par A. Kuttner. Ibid.	I ^e	Trois mois avant la conception.	Toux avant la conception déjà.	Pas d'antécédents.	Commencement du neuvième mois, spontané.	Morte après cinq jours.	Mort à trente jours.	Vers la fin du septième mois.
5	B. Fränkel, cité par A. Kuttner. Ibid.	X ^e	Quatrième mois de la grossesse.	Toux depuis deux ans avant cette grossesse.	?	Milieu du huitième mois, spontané.	Morte après sept jours.	Mort à deux jours.	—

6	B. Fränkel, cité par A. Kuttner. Ibid.	IX ^e	Fin quatrième mois de la grossesse.	Toux depuis trois ans, à la suite d'une pneumonie.	?	Milieu du huitième mois, spontané.	Morte après trente-huit jours.	Mort à deux mois et demi.	—
7	B. Fränkel, cité par A. Kuttner. Ibid.	I ^e	Commence- ment quatrième mois.	Tousse depuis quelques mois avant la conception.	?	Commence- ment du neu- vième mois, spontané.	Morte après huit semaines.	Mort à vingt- deux jours.	—
8	A. Kuttner. Ibid.	IV ^e	Quatrième mois.	Oui.	Non.	Commence- ment du neu- vième mois, spontané.	Mort dix-neuf jours après.	Mort à trois semaines.	Sept jours avant l'accouchement.
9	Dumond Leloir, cité par Kuttner. Ibid.	I ^e	Premier mois.	Oui.	?	Milieu du huitième mois, spontané.	Morte vingt jours après.	Vit à sept mois.	Huitième mois.
10	Rémy, cité par Kuttner. Ibid.	I ^e	Début de la grossesse.	Oui.	?	Huitième mois, spontané.	Morte dix jours après.	?	—
11	Rémy, cité par Kuttner. Ibid.	II ^e	Première moitié de la grossesse.	Oui.	?	Huitième mois, spontané.	Morte vingt jours après.	?	—

N°	Auteur	Nombre de la grossesse	Début de la tuberculose laryngée	Tuberculose pulmonaire	Antécédents héréditaires	Accouchement spontané ou non	Sort de la mère	Sort de l'enfant	Trachéotomie avant l'accouchement
12	Rémy, cité par Kuttner. Ibid.	1 ^e	Début de la grossesse.	Oui.	?	Commencement du septième mois, spontané.	Morte onze jours après.	?	—
13	Rémy, cité par Kuttner. Ibid.	II ^e	Début de la grossesse.	Oui.	?	Septième mois, spontané.	Morte onze jours après.	Mort à quelques heures.	—
14	Opie, cité par Kuttner. Ibid.	1 ^e	Milieu de la grossesse.	Oui.	Oui.	Spontané, septième mois.	Morte immédiatement après.	?	—
15	Baumgarten, cité par Kuttner. Ibid.	1 ^e	Début de la grossesse.	Oui.	Oui.	Neuvième mois, spontané.	Morte un jour après.	Vit à seize ans.	—
16	J Veis, Monatssch. f. Ohren- hiek., 1902.	1 ^e	Longtemps avant la grossesse.	Oui.	?	Huitième mois, spontané.	Morte un mois après.	Bien portant.	—
17	R. Freytag Münch. med. Wochens., 1903.	?	?	Oui.	?	A terme spontané.	Bien portante.	Bien portant.	—

48	Löhnberg, Münch. med. Wochenschr., 1903.	II ^e	Commence- ment de la grossesse	Oui.	Non.	Quinze jours avant terme.	Morte huit jours après.	Mort à trois semaines.	—
49	Löhnberg. Ibid.	II ^e	Début de la grossesse.	Oui.	Non.	A terme spontané.	Morte qua- rante-cinq jours après.	Bien portant.	—
20	Löhnberg. Ibid.	I ^e	Début de la grossesse.	Oui.	Oui.	A terme spontané.	Morte deux mois après.	Mort dix jours avant sa mère.	—
21	Löhnberg. Ibid.	VI ^e	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	Plusieurs frères morts de la tuberculose.	A terme spontané.	Morte trois semaines après.	Mort à quatre semaines.	—
22	Löhnberg. Ibid.	V ^e	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	Non.	A terme spontané.	Morte dix jours après.	Vit.	—
23	Jürk, cité par Löhnberg. Ibid.	?	Première moitié de la grossesse.	Oui.	?	?	Morte huit jours après, la trachéotomie.	?	Septième mois.
24	Jürk, cité par Löhnberg. Ibid.	?	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	?	?	Morte cinq mois et demi après.	?	—

N°	Auteur	Nombre de la grossesse	Début de la tuberculose laryngée.	Tuberculose pulmonaire	Antécédents héréditaires	Accouchement spontané ou non	Sort de la mère	Sort de l'enfant	Trachéotomie avant l'accouchement
25	Seifert. Die Heilkunde, 1903. n° 2.	IV ^e	Une année avant la conception.	Oui.	?	A terme.	Bien portante	Bien portant.	—
26	Kaminer, cité par Godskesen. Arch. f. Laryngol., XIV, 1903.	1 ^e	?	Oui.	?	?	Bien portante encore six mois après.	?	—
27	Koch. Ibid.	?	?	Oui.	?	?	Morte pendant l'accouchement.	?	—
28	Koch. Ibid.	?	?	Oui.	?	?	Morte pendant l'accouchement.	?	—
29	A. Heindl. Ibid.	?	?	Oui.	?	?	Bien portante.	?	—
30	Heryng. Ibid.	?	Depuis trois ans.	Oui.	?	?	Bien portante.	?	—

31	Heryng. Ibid.	?	Troisième mois de grossesse.	Oui.	?	?	?	?	—
32	Betz. Ibid.	?	?	?	?	Accouche- ment par le forceps.	Bien portante encore huit ans après.	?	Huitième mois.
33	Betz. Ibid.	?	?	?	?	Accouche- ment au forceps.	Morte qua- torze jours après.	?	Neuvième mois.
34	Betz. Ibid.	?	Trois ans avant la gestation.	Oui.	?	Spontané.	Morte un an et demi après.	Mort bientôt après sa nais- sance.	Huitième mois.
35	Dale. Ibid.	?	Pendant la grossesse.	Oui.	?	Spontané.	Bien portante.	?	Septième mois.
36	Benno Remak. Ibid.	?	Au début de la grossesse	Oui.	?	Huitième mois, spontané.	Bien portante.	Mort bientôt après sa nais- sance.	Huitième mois.
37	Otto Seifert. Ibid.	?	Quatrième mois avant la grossesse.	Oui.	?	Septième mois.	Morte quel- ques jours après.	?	Cinquième mois.

N°	Auteur	Nombre de la grossesse	Début de la tuberculose laryngée	Tuberculose pulmonaire	Antécédents héréditaires	Accouchement spontané ou non	Sort de la mère	Sort de l'enfant	Trachéotomie avant l'accouchement
38	Streiter. Ibid.	III ^e	Troisième mois de la grossesse.	Oui.	?	A quitté l'hôpital le septième mois, bien portante.		—	Cinquième mois : 15 jours après laryngofissure.
39	Robert Koppe. Ibid.	II ^e	Avant la conception.	?	Non.	Provoqué quatre semaines avant terme.	Morte trois semaines après.	Vivant.	—
40	Observation 18 de Godskenen. Ibid.	I ^e	Avec la grossesse.	Oui.	?	Fausse-couche sixième mois.	Morte trois semaines après.	—	—
41	Observation 19 de Godskenen. Ibid.	I ^e	Commencement de la grossesse.	Oui.	?	Sixième mois, spontané.	Morte quinze jours après.	—	—
42	Observation 20 de Godskenen. Ibid.	?	Première moitié de la grossesse.	Oui.	?	Septième mois, enfant asphyxié.	Morte cinq jours après.	—	—
43	Observation 21 de Godskenen. Ibid.	?	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	?	?	Morte quarante jours après.	Bien portant.	—

44	Observation 22 de Godskesen. Ibid.	VI ^e	Avant la conception.	Oui.	Non.	?	Morte vingt- deux jours après l'entrée à l'hôpital.	?	—
45	Observation 23 de Godskesen. Ibid.	II ^e	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	?	Six semaines avant terme.	Morte six se- maines après	?	—
46	Observation 24 de Godskesen. Ibid.	I ^e	Début de la grossesse.	Oui.	Non.	Septième mois, spontané.	Morte un mois après.	?	—
47	Observation 25 de Godskesen. Ibid.	IV ^e	Début de la grossesse.	Oui.	Oui.	Quatrième mois, spontané.	Morte un jour après.	—	—
48	Observation 26 de Godskesen. Ibid.	VII ^e	Il y a cinq ans Guérie.	Oui.	?	?	Morte dix-sept jours après son entrée.	?	—
49	Observation 27 de Godskesen. Ibid.	V ^e	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	Non.	A terme spontané.	Morte sept mois après.	Bien portant.	—
50	Observation 28 de Godskesen. Ibid.	V ^e	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	Oui.	A terme.	Morte dix-huit jours après.	Vivant.	—

N°	Auteur	Nombre de la grossesse	Début de la tuberculose larvée	Tuberculose pulmonaire	Antécédents héréditaires	Accouchement spontané ou non	Sort de la mère	Sort de l'enfant	Trachéotomie avant l'accouchement
51	Observation 29 de Godskesen. Ibid.	I ^e	Début de la grossesse.	Oui.	Non.	?	Morte le sixième mois de sa grossesse.	?	—
52	Observation 30 de Godskesen. Ibid.	I ^e	Huitième mois de la grossesse.	Oui.	Non.	A terme spontané.	Morte quelques semaines après.	Vivant.	—
53	Observation 31 de Godskesen. Ibid.	VII ^e	Première moitié de la grossesse.	Oui.	Non.	Huitième mois, spontané.	Morte neuf jours après.	Bien portant.	—
54	Observation 32 de Godskesen. Ibid.	I ^e	Troisième mois de la grossesse.	Oui.	Non.	A terme.	Morte trois semaines après.	Mort à quatre mois.	—
55	Observation 33 de Godskesen. Ibid.	IV ^e	Début de la grossesse.	Oui.	Oui.	Quitte l'hôpital le sixième mois de sa grossesse.		—	—
56	Observation 34 de Godskesen. Ibid.	VIII ^e	Première moitié de la grossesse.	Oui.	Non.	A terme spontané.	Morte dix-huit jours après.	Bien portant.	—

57	Observation 35 de Godskesen. Ibid.	I ^e	?	?	?	A terme spontané.	Bien portante.	Bien portant.	—
58	Observation 36 de Godskesen. Ibid.	?	Début de la grossesse.	Oui.	?	?	Morte au huitième mois de sa grossesse	?	—
59	Observation 37 de Godskesen. Ibid.	?	Avant la gestation.	Oui.	?	A terme spontané.	Morte un an et demi après.	Mort à quatre mois.	Sixième mois de la grossesse.
60	Observation 38 de Godskesen. Ibid.	X ^e	Avant la gestation.	Oui.	?	?	Un an et huit mois après état passable.	?	—
61	Observation 39 de Godskesen. Ibid.	?	Début de la grossesse.	Non.	?	Au forceps.	Morte le len- demain.	?	—
62	Observation 40 de Godskesen. Ibid.	III ^e	Première moitié de la grossesse.	Oui.	?	A terme spontané.	Morte cinq semaines après.	Vivant.	Neuvième mois.
63	Observation 41 de Godskesen. Ibid.	VI ^e	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	?	Huitième mois, provoqué.	Morte trois semaines après.	Mort le jour même.	—

N°	Auteur	Nombre de la grossesse	Début de la tuberculose laryngée	Tuberculose pulmonaire	Antécédents héréditaires	Accouchement spontané ou non	Sort de la mère	Sort de l'enfant	Trachéotomie avant l'accouchement
64	Observation 42 de Godskenen. Ibid.	VI ^e	Avant la grossesse.	Oui.	?	?	Morte au septième mois de grossesse.	—	—
65	Observation 43 de Godskenen. Ibid.	I ^e	Deuxième mois de la grossesse.	Oui.	?	Sixième mois.	Morte quelques jours après.	—	—
66	Observation 44 de Godskenen. Ibid.	II ^e	Dix mois avant la grossesse.	Oui.	?	A terme spontané.	Quatorze mois après très faible.	Bien portant.	—
67	Observation 45 de Godskenen. Ibid.	?	Un an et demi avant la grossesse.	Oui.	?	A terme spontané.	Morte cinq jours après.	Mort trois mois et demi de sa naissance.	Septième mois.
68	Observation 46 de Godskenen. Ibid.	?	Début de la grossesse.	Oui.	?	A terme spontané.	Morte quinze mois après.	Quatre ans et demi. Bien portant.	—
69	Observation 47 de Godskenen. Ibid.	I ^e	Première moitié de la grossesse.	Oui.	?	A terme spontané.	Vivante.	Bien portant.	—

70	Observation 43 de Godskeesen. Ibid.	I ^e	Avant la conception.	Oui.	?	A terme spontané.	Vivante.	Bien portant.	—
71	A. Lewy. Arch. f. Laryngologie, XV, 1903.	III ^e	Deuxième moitié de la grossesse.	Oui.	?	A terme spontané.	Morte deux semaines après.	Mort à l'âge de cinq semaines.	—
72	A. Lewy. Ibid.	I ^e	Début de la grossesse.	Oui.	?	?	Morte quinze jours après l'accouchement.	—	—
73	A. Levy. Ibid.	I ^e	Première moitié de la grossesse.	Oui.	Oui.	?	Morte seize jours après l'accouchement.	Mort à deux mois et demi.	—
74	Hertz. Centralblatt für Laryngologie, 1904.	Tuberculose laryngée pendant les premiers mois de la grossesse. Dans les deux cas femmes mortes.						—	—
75	Hertz. Ibid.							—	—
76	Henrici. Archiv. für Laryngologie, 1904.	?	Avant la conception.	Oui.	Non.	Neuvième mois opération césarienne.	Morte le lendemain.	Mort bientôt après l'opération.	Huitième mois.

N°	Auteur	Nombre de la grossesse	Début de la tuberculose laryngée	Tuberculose pulmonaire	Antécédents héréditaires	Accouchement spontané ou non	Sort de la mère	Sort de l'enfant	Trachéotomie avant l'accouchement
77	R. Sokolowsky. Berliner Kl. Wochenschrift., 1904.	III ^e	(Quatre mois avant la conception.) Depuis un an.	Oui.	Non.	Huitième mois artificiel.	Morte un mois après.	Bien portant.	—
78	R. Sokolowsky. Ibid.	II ^e	Première moitié de la grossesse.	Oui.	?	Septième mois artificiel.	Morte quatre semaines après.	mort-né.	—
79	O. Fellner. Wiener med. Wochenschrift., 1904.	?	?	?	?	Cinquième mois.	Morte quelques jours après.	—	—
80	Löhnberg. Münchener med. Wochenschrift., 1905.	V ^e	Avant la conception.	Oui.	Non.	Troisième mois de la grossesse.	Morte deux mois et demi après.	—	—
81	Eug. Félix. (Première observation)	I ^e	Première moitié de la grossesse.	Oui.	Oui.	A terme spontané.	Morte dix jours après.	Mort à l'âge de six semaines.	—
82	Eug. Félix. (Deuxième observation)	II ^e	Deuxième moitié de la grossesse.	Non.	Non.	A terme spontané.	Bien portante	Bien portant.	—

Le nombre de l'accouchement des femmes, dont l'histoire est résumée dans ce tableau, a été comme suit : vingt-quatre primipares, dix secondipares, quatre tertipares, cinq à la quatrième, quatre à la cinquième, quatre à la sixième, deux à la septième, une à la huitième, une à la neuvième, deux à la dixième grossesse. Vingt-cinq femmes chez lesquelles on n'avait pas mentionné le nombre des grossesses subies.

Trois femmes enceintes avec tuberculose laryngée ne présentaient pas de lésions pulmonaires. On peut donc admettre, que au point de vue clinique, la tuberculose est primaire dans ces cas.

Le début de la tuberculose laryngée n'est pas toujours facile à préciser. En général, si les malades n'avaient pas été examinées pour le larynx avant leur grossesse, on admet comme début de l'affection laryngée, le moment où la malade se rendait compte des premiers symptômes laryngés. Or, au commencement les lésions qui atteignent les régions du larynx, qui ne prennent aucune part active à la phonation, ne produisent que des symptômes qui ne gênent la malade pas le moins du monde. L'enrouement ne se manifeste jamais dans ces cas, la douleur, seulement quand les lésions sont avancées. Mais l'enrouement et la douleur sont précisément les deux grands symptômes, qui conduisent la malade chez le médecin.

D'après les renseignements donnés par les différentes malades, ou dans les cas exceptionnels, suivant l'observation du médecin même, le début de la tuberculose laryngée a été dix-sept fois avant la grossesse, quinze fois au début de la grossesse, vingt-cinq fois pendant la première moitié, douze fois à la seconde moitié de la gestation et chez onze femmes on n'a pas fait mention à cet égard.

Des antécédents héréditaires ont été notés dix fois, dix-neuf fois la tuberculose n'a pas existé chez les ascendants, en 53 cas on n'en parle pas.

L'accouchement a été spontané : vingt-deux fois à terme, sept fois le neuvième mois, dix fois le huitième mois, six fois le septième, trois fois le sixième, une fois le cinquième, une fois le quatrième mois de la grossesse. Sur vingt-quatre femmes on n'a pas de renseignements. Trois femmes ont quitté l'hôpital

avant d'accoucher : le huitième, septième et sixième mois de la grossesse.

On a procédé à l'accouchement provoqué : deux fois le huitième mois, une fois le septième, chez une femme le troisième mois de sa grossesse.

Une fois l'opération césarienne a été faite le neuvième mois.

Les mères sont mortes dans 63 cas après l'accouchement, quatorze sont restées vivantes. Sur deux femmes on n'a pas de renseignements. Sur les trois femmes, qui ont quitté l'hôpital avant d'accoucher on n'a plus eu de renseignements ni sur leurs enfants.

Les enfants sont morts (les avortements compris) dans 28 cas, vingt-trois enfants sont vivants, dans 28 cas on n'a pas fait mention.

Les primipares paraissent être plus sujettes à la tuberculose laryngée que les multipares. Le début de l'affection laryngée est plus fréquent au début et pendant la première moitié de la grossesse, que dans la seconde moitié.

Vers la fin de la grossesse la marche de la tuberculose laryngée est rapide, de sorte que la majorité des femmes sont mortes bientôt après l'accouchement, épuisées par les couches. Le pronostic est plus favorable à ce qui concerne le sort de leurs enfants, malgré que la grossesse prit fin avant terme, dans la majorité des cas.

Le pronostic pour les mères est plus grave quand le poumon est affecté en même temps que le larynx, aussi quand la tuberculose laryngée existait déjà avant la conception. Souvent sur une affection laryngée préexistante, pendant la grossesse, il s'y greffe la tuberculose.

Guérie avant la conception, la tuberculose laryngée récidive après, mais pas toujours, comme le prouvent les deux observations suivantes entre autres : L'une de Heryng (20), qui concerne une femme devenue enceinte une année après la guérison de la tuberculose laryngée dont elle souffrait. Après l'accouchement, la tuberculose pulmonaire faisait des progrès, tandis que le larynx ne présentait aucune récidive. La malade mourut deux ans après. A la nécropsie on ne trouva dans le larynx que les cicatrices, vestiges de l'opération subie pendant la vie.

Gleitsmann (21), communique au congrès de Berlin, l'histoire d'une femme de 38 ans guérie d'une tuberculose pharyngo-laryngée. Quelques mois après, elle devint enceinte et donna naissance à un enfant bien portant. Pendant la grossesse pas de récidive du côté du pharynx et du larynx.

Du point de vue du traitement de la tuberculose laryngée, on a eu recours souvent à la trachéotomie et même à la thyroïdectomie.

Préconisée par Trousseau et Belloc en 1837, pour faciliter la respiration dans la phtisie laryngée, la trachéotomie fut considérée comme un moyen de guérison en 1868 par Bryant, qui la recommanda pour immobiliser le larynx (Henrici) (22).

La trachéotomie exécutée à temps, avant que l'état du larynx soit désespéré, est un moyen curatif. Elle n'est appelée qu'à empêcher l'asphyxie quand la sténose laryngée est très avancée, surtout pendant l'accouchement. Morell Mackenzie (23) ne la recommande pas comme un moyen curatif, dans la tuberculose laryngée. M. Schmidt (24) donne comme indications de la trachéotomie : 1° La sténose laryngée, en tous cas. 2° Les affections graves laryngées quand le poumon est peu affecté, même sans sténose laryngée. 3° Quand l'affection laryngée progresse très vite, avant qu'il existe de la dyspnée. 4° Quand il existe de la dysphagie, il faut si possible exécuter la trachéotomie avant que celle-ci fasse son apparition.

D'après O. Chiari (25), la trachéotomie précoce a une influence salutaire, pas seulement sur l'affection laryngée, mais sur la tuberculose pulmonaire même.

Dans les cas plus haut cités, la trachéotomie a été exécutée avant l'accouchement dans les cas suivants : les observations II, m, VII, VIII, de Kuttner (26), une fois le septième, une fois le neuvième, deux fois le huitième mois de la grossesse. Les mères sont mortes dans tous les cas. On avait procédé à la trachéotomie à cause de la dyspnée et l'asphyxie. Deux enfants sont vivants.

Chez la malade VIII de Godskesen (27), on procéda le huitième mois à la trachéotomie à cause de l'asphyxie. L'accouchement au forceps. La malade est encore en vie huit ans après. Dans le cas X de Godskesen la trachéotomie exécutée le huitième mois

de la grossesse, conserve la vie à la femme encore dix-neuf mois, tandis que l'enfant est mort très tôt. Dans le cas ix de ce même auteur, la trachéotomie fut faite au neuvième mois, à cause de lésions laryngées avancées. La mère est morte quatorze jours après l'accouchement.

La trachéotomie donna un résultat favorable dans l'observation xi de Godskesen. Car l'opération exécutée le septième mois, permit à la malade de quitter l'hôpital assez bien portante.

La malade, qui fait l'objet de l'observation xxxvii de Godskesen, trachéotomisée le sixième mois de sa grossesse, survécut deux ans à l'opération. L'enfant est mort à l'âge de 4 mois.

C'est certainement à la trachéotomie, que dans ces cas (viii, x, xi, xxxvii de Godskesen), les malades doivent qu'elles aient vécu encore après l'accouchement.

Les autres cas xii, xiii, xl, xlv de cet auteur, où la trachéotomie fut faite le cinquième, sixième, huitième et neuvième mois à cause de l'asphyxie et les lésions étendues du larynx, donnent le résultat suivant : l'une des mères est bien portante, les trois autres sont mortes de quelques jours à trois semaines après l'accouchement. L'un des enfants est vivant, les autres trois sont morts.

Löhnberg (28) cite un cas de Türk (n° observation), où la mère est morte huit jours après la trachéotomie exécutée le septième mois de la grossesse.

Chez la malade iv de Henrici (29) où la trachéotomie fut faite le huitième mois de la grossesse à cause de la dyspnée, on a été forcé de recourir à l'opération césarienne un mois plus tard à cause d'une hémoptysie abondante. L'enfant et la mère sont morts bientôt après.

Le résultat obtenu par la trachéotomie serait certainement plus favorable si on n'avait recours à l'opération qu'avant l'asphyxie menaçante, et si la grossesse n'est pas trop avancée, de préférence les premiers mois de la gestation.

A ce qui concerne la thyrotomie elle a été recommandée aussi dans la tuberculose laryngée. L. v. Schötter (30) la conseille du moment que la dyspnée la réclame, aussitôt qu'il

existe un obstacle permanent à la respiration, sans la différer jusqu'à ce que l'asphyxie menace l'existence du malade.

D'après Pieniazek (31), la laryngofissure est indiquée dans le cas où il n'y a pas de fièvre, et quand l'affection pulmonaire est peu prononcée, même s'il n'existe pas la possibilité d'enlever tous les foyers tuberculeux du larynx, mais quand ceux-ci se sont développés lentement et si la sténose est due plutôt à l'infiltration prononcée qu'à la tuméfaction du larynx.

Chez la malade xiv de Godskesen la laryngofissure a été exécutée quinze jours après la trachéotomie, à cause de la dyspnée et la dysphagie, au cinquième mois de sa grossesse ; dix-huit jours après, la malade quitte l'hôpital bien portante.

Goris (32) guérit un malade avec tuberculose laryngée au début, par la thyrotomie. Mais perdit quatre malades avec tuberculose plus avancée, auxquels on avait fait la même opération. Cet auteur conseille de n'intervenir qu'au début de la tuberculose laryngée.

Hansberg (33) rapporte 3 cas de tuberculose laryngée guéris à la suite de la thyrotomie. Chez l'un de ces malades le résultat favorable se maintient depuis 15 ans.

Quoique ces derniers cas ne se rapportent pas à des femmes enceintes, je pense qu'on ne doit procéder à la laryngofissure pendant la grossesse, qu'à une époque où la maladie aussi bien que la grossesse ne sont pas trop avancées, la malade pas trop affaiblie.

Vu le pronostic défavorable que donne la tuberculose laryngée chez la femme enceinte, on s'est posé la question s'il fallait interrompre la grossesse et, à quelle époque il fallait intervenir.

Kossmann (34) n'admet pas l'avortement provoqué chez la femme phthisique.

Hamburger (35), au contraire, plaide pour l'interruption de la grossesse chez l'ouvrière atteinte de tuberculose pulmonaire, de plus, on doit l'interrompre pendant les premiers mois.

La tuberculose pulmonaire ne constitue pas une indication pour l'avortement provoqué, comme l'a exposé Pinard (36) au congrès d'obstétrique tenu à Rome en 1902. A cette même réunion Schauta (37) a soutenu sa manière de faire : il pro-

voque l'accouchement prématuré pendant les premiers mois de la grossesse, même dans la tuberculose laryngée au début.

P. Ruge (38) précise davantage. Il est pour l'interruption de la grossesse quand la tuberculose est au début, si on peut espérer d'obtenir la guérison de la mère ; on doit y renoncer quand la tuberculose est avancée. On a des égards pour l'enfant quand l'affection est avancée ; on ménage la mère au détriment de l'enfant quand la tuberculose est au début.

Pour O. Fellner (39) on ne devrait avoir recours à l'avortement pendant que les trois premiers mois de la grossesse, quand il s'agit de tuberculose laryngée grave.

E. Bonnaire (40) dans un récent travail, plaide pour l'avortement provoqué, seulement dans la phtisie laryngée au début.

D'après A. Kuttner (41), plus on provoque l'accouchement artificiel tôt, plus la résistance de la malade est grande. Les chances sont plus favorables jusqu'à cinq ou six mois de la grossesse, que plus tard.

La grossesse ne doit être interrompue pour Godskesen (42) que les premiers mois et seulement si l'état de la malade le permet, c'est-à-dire si l'état général est satisfaisant et l'affection pulmonaire pas trop avancée. Si la tuberculose laryngée n'est pas grave, mais progresse continuellement, il faut procéder à l'accouchement provoqué. Lewy (43) partage tout à fait cette manière de faire.

Dernièrement au Congrès international de la tuberculose tenu à Paris (44), dans la discussion engagée, Bossi admit l'interruption artificielle de la grossesse si on a affaire à une tuberculose grave. Bouchard s'est élevé contre cette pratique, car on ne doit pas faire avorter une femme tuberculeuse, condamnée en tous cas, et tuer son enfant dont l'avenir est inconnu et qui n'est pas plus prédisposé à la tuberculose qu'un autre. Teissier (de Lyon) admet aussi les vues de Bouchard.

Comme prophylaxie, on tâchera autant que possible, à empêcher les mariages des filles atteintes de tuberculose laryngée, même au début. La tuberculose guérie, ne met pas à l'abri des récidives. Pendant une grossesse des nouvelles lésions pourraient faire leur apparition et qui alors seront très graves et hâteront la mort des accouchées.

BIBLIOGRAPHIE

1. MORELL MACKENZIE. — Die Krankheiten des Halses und der Nase. I, 1880, p. 493.
2. M. SCHMIDT. — Die Krankheiten der oberen Luftwege, 1897, p. 373.
3. N. GODSKESSEN. — Die Kehlkopftuberculose während der Schwangerschaft und Geburt. *Archiv für Laryngologie*, XIV, 1903, p. 286.
4. L. PRZEDBORSKI. — Die Kehlkopfkrankheiten während der Schwangerschaft. *Archiv für Laryngologie*, XI, 1900, p. 68.
5. JÜRK. — Cité par Löhnberg. *Münchener med. Wochenschrift*, 1903, p. 328.
6. A. KUTTNER. — Larynxtuberculose und Gravidität. *Archiv für Laryngologie*, XII, 1902, p. 311.
7. J. VEIS. — Ein Beitrag zum Verlaufe von Larynxtuberculose in der Gravidität. *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1902, p. 129.
8. R. FREYTAG. — Ueber Kehlkopftuberculose. *Münchener med. Wochenschrift*, 1902, p. 782.
9. LÖHNBERG. — Die Kehlkopfschwindfucht der Schwangeren. *Münchener med. Wochenschrift*, 1903, p. 328.
10. SEIFERT. — Larynxtuberculose und Gravidität. *Die Heilkunde* 1903, n° 2.
11. GODSKESSEN. — *Loc. cit.*
12. A. LEWY. — Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen Larynxtuberculose und Gravidität. *Archiv für Laryngologie*, XI, 1903, p. 114.
13. HERTZ. — *Gazeta Lekarska*, 1904, n° 5, analysé in *Centralblatt für Laryngologie*, 1904, p. 405.
14. HENRICI. — Ueber den Heilwert der Tracheotomie bei der Kehlkopftuberculose insbesondere der Kinder und der Schwangeren. *Archiv für Laryngologie*, XV, 1904, p. 323.
15. R. SOKOLOWSKY. — Larynxtuberculose und künstliche Unterbrechung der Gravidität. *Berliner Kl. Wochenschrift*, 1904, p. 728.
16. O. FELLNER. — Tuberculose und Schwangerschaft. *Wiener med. Wochenschrift*, 1904, p. 1158.
17. O. FELLNER. — Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, 1903.
18. A. KUTTNER. — Ist die Kehlkopftuberculose als eine Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzunehmen? *Berliner Kl. Wochenschrift*, 1905, p. 901.
19. LÖHNBERG. — Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindfucht der Schwangeren und zur Frage des künstlichen Aborts. *Münchener med. Wochenschrift*, 1905, p. 311.
- 19^{bis}. SEIFERT. — Société des médecins de Wurbourg, 7 novembre 1905. In *Münchener med. Wochenschrift*, 1905, p. 2301.

20. HERTNG. — Kann bei Larynxphthise durch endolaryngeale chirurgische Behandlung eine radicale Ausheilung des Kehlkopfes erlangt werden ? *Berliner Kl. Wochenschrift*, 1890, n° 37.
 21. GREITSMANN. — Verhandlungen des X internat. med. Congresses. Berlin, 4-9 August., 1890, vol. IV. Section XII, p. 151. Berlin 1892.
 22. HENRICI. — *Loc. cit.*
 23. MORELL MACKENZIE. — *Loc. cit.*
 24. M. SCHMIDT. — *Loc. cit.*
 25. O CHIARI. — Die Krankheiten der oberen Luftwege, III, 1905, p. 255.
 26. A. KUTTNER. — *Loc. cit. Archiv für Laryngologie*, XII, 1902.
 27. N. GODSKESSEN. — *Loc. cit.*
 28. LÖHNBERG. — *Loc. cit. Münchener med. Wochenschrift*, 1903, p. 328.
 29. HENRICI. — *Loc. cit.*
 30. L. V. SCHRÖTTER. — Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes 1893, p. 164.
 31. PIENIAZEK. — Die Verengerungen der Luftwege, 1901, p. 180.
 32. GORIS. — Société belge d'otologie et de rhinologie, 11 et 12 juin 1904 *Annales des maladies de l'oreille*, 1904, II, p. 208.
 33. HANSBERG. — XII Versammlung süddeutscher Laryngologen, Heidelberg, 12 juin 1905. *Centralblatt für Laryngologie*, 1905, p. 452.
 34. KOSSMANN. — *Berliner med. Gesellschaft*, 29 janvier 1902, *Berliner Kl. Wochenschrift*, 1902, p. 148.
 35. HAMBURGER. — *Berliner med. Gesellschaft*, 4 juin 1902. *Berliner Kl. Wochenschrift*, 1902, p. 1051, etc.
 36. PINARD. — IV^e Congrès internat. d'obstétrique et de gynécologie. Roine, 15-20 septembre 1902. *Semaine médicale*, 1902, p. 319.
 37. SCHAUTA. *Semaine médicale*, 1902, p. 319.
 38. P. RUGE. — Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen starken Erbrechens und Schwindtsucht. *Berliner Kl. Wochenschrift*, 1905, p. 1035.
 39. O. FELLNER. — Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindtsucht der Schwangeren. *Münchener med. Wochenschrift*, 1905, p. 655.
 40. E. BONNAIRE. — De l'influence de la puerpéralité sur la tuberculose. *Presse médicale*, 6 octobre 1905, p. 639.
 41. A. KUTTNER. — *Loc. cit.*
 42. N. GODSKESSEN. — *Loc. cit.*
 43. A. LEWY. — *Loc. cit.*
 44. L. CHEINISSE. — Congrès internat. de la tuberculose (Paris, 2-7 octobre 1905.) *Semaine médicale*, 1905, p. 483.
-

III

MASTOÏDITE ET THROMBO-PHLEBITE SINUSO-JUGULAIRE

Par MM. **E. BARDIER** et **E. MÉRIEL**, Professeurs agrégés à la Faculté
de Médecine de Toulouse.

Parmi les complications des otites moyennes suppurées, la thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire est une de celles que le chirurgien moderne sait de mieux en mieux traiter et guérir, quand le diagnostic est précoce.

Ce diagnostic doit s'établir d'après des signes locaux et généraux ; or, dans certains cas, il est entre ces signes de telles contradictions — dont ne parlent pas assez les auteurs et qui gagnent à être connues — qu'elles entraînent des incertitudes ou des méprises que le malade paye de sa vie. C'est pour mettre en garde contre l'interprétation trop exclusive de certains signes classiques que nous publions l'observation suivante qui pourra être pour d'autres pleine d'enseignements, comme elle le fut pour nous.

Gabrielle S..., 21 ans, se présente à la consultation des maladies des oreilles, du nez et du larynx, à l'Hôtel-Dieu, le 26 septembre 1905.

Elle nous apprend que l'oreille droite coule depuis huit ans, d'une façon intermittente. Elle ne s'en inquiétait guère, se bornant à faire quelques instillations de laudanum ou de chloroforme dans le conduit.

Le 21 septembre dernier, la malade ressent une douleur très vive au niveau de l'oreille droite dont la sécrétion purulente est alors très abondante. Il y eut de la fièvre (40° de T. et P. 120). Ces symptômes s'amendèrent sous l'influence des antipyrétiques.

qui lui furent donnés. Mais quatre jours après, le 24 septembre, de nouveau le thermomètre accuse $41^{\circ},1$, l'état général est alarmant, céphalée, frissons, vomissements, et l'on se décide à s'adresser *enfin* à un spécialiste. C'est alors qu'elle se présenta le 26 septembre à notre consultation gratuite. Tels sont les renseignements que nous avons pu obtenir sur ses antécédents.

A l'examen, nous apercevons un conduit complètement rempli de pus jaune verdâtre dans lequel M. le professeur agrégé Rispal décelé la présence du pneumocoque, à l'exclusion de toute autre espèce microbienne.

Après nettoyage du conduit au porte-colon, on voit un tympan perforé dans sa partie postéro-inférieure.

Du côté de la mastoïde, on constate une légère douleur à la pression, vers la pointe; à part cela, nulle trace d'œdème, de gonflement de la région, ni de rougeur.

Le sterno-cléido-mastoïdien est légèrement contracturé à droite; il y a une légère douleur à ce niveau, mais à la palpation, on ne trouve aucune induration le long de la jugulaire interne. Quoi qu'il en soit, cette contracture du sterno-mastoïdien force la tête à s'incliner vers l'épaule du côté malade.

Les forces et l'état général sont sérieusement atteints, le teint est terreux, les yeux cernés, tout indique que le sujet est en proie à une infection générale grave.

Ces symptômes étant ceux d'une infection de la mastoïde, avec complication probable d'une sinusite latérale, nous conseillons à la malade une intervention chirurgicale qui est acceptée et faite immédiatement.

Ce matin même du 26 septembre, l'un de nous, suppléant le professeur Cestan dans son service de clinique chirurgicale, fit la trépanation classique de l'apophyse mastoïde droite.

Le tissu osseux est éburné et il faut creuser assez profondément pour découvrir l'antre et trouver non du pus franchement liquide, mais des grumeaux purulents gris-jaunâtres.

L'antre est curetté avec soin, et comme ces grumeaux paraissent venir de la caisse, on abat au ciseau étroit la paroi supérieure de l'aditus pour assurer un meilleur drainage.

Les parois de l'antre ne présentant pas de friabilité à la curette qui les mord difficilement, on n'alla pas plus loin, jugeant le cas plus simple qu'il ne paraissait avant l'opération.

Les suites immédiates nous donnèrent raison, puisque la température qui était à $38,3$ avant l'opération, tombait le lendemain à $37,5$; le soir elle était à $37,9$.

Le lendemain, 28 septembre, le thermomètre indique 37,1 le matin et 37,3 le soir. Le pouls bat entre 80 et 90, les douleurs sont calmées, la contracture a disparu.

La guérison semblait en bonne voie, lorsque, le 29 septembre, au matin, la céphalée reparait avec de petits frissons ; il se produit deux vomissements et le thermomètre donne 39,9, le pouls battant à 140. On change le pansement qui dégage une odeur infecte, on lave soigneusement la plaie. Le soir, la température était retombée à 38,7.

Le 30 septembre, nouvelle ascension thermique à 40°5, le pouls étant à 150. On propose à la malade une intervention nouvelle pour aller à la recherche de la collection purulente non ouverte ou mal drainée.

Nous notons, en passant, comme fait assez curieux, de l'œdème de la joue gauche ; et cependant on ne perçoit aucune induration sur le trajet des troncs veineux de la face et du cou.

Cette deuxième intervention consiste dans un large évidement pétro-mastoidien qui cependant n'amène pas sur le siège de la suppuration. Nous la cherchons vers la dure-mère que nous mettons à nu par quelques coups de gouge. Par une brèche de 2 centimètres et demi, faite dans la fosse temporale, nous percevons les battements normaux de la masse encéphalique, ce qui est un signe négatif d'abcès profond, et d'autre part, le décollement de la méninge avec la sonde cannelée ne décèle aucune trace d'abcès extradural.

Cette recherche étant restée sans résultat, nous mettons à nu le sinus latéral. Le ciseau ne rencontre pas de tissu osseux ou enflammé, ainsi que cela se voit souvent, et c'est en faisant sauter de minces copeaux que nous arrivons au contact de la paroi veineuse. Une brèche de 2 centimètres est faite dans le plafond osseux qui la recouvre, ce qui nous permet de sentir très nettement les pulsations. Ce sinus ne paraissait pas thrombosé ; fallait-il cependant l'ouvrir, par mesure de précaution, bien qu'il fût au milieu d'un foyer opératoire très septique ? n'était-ce pas l'infecter alors sûrement s'il ne l'était pas, si notre diagnostic était en défaut ? Nous crûmes prudent de ne pas aller plus loin pour le moment, sachant bien que dans ses sortes d'infections, « la bénignité relative des accidents nous laisse le temps de la réflexion et de l'intervention » (Broca) (1).

(1) A. BROCA. — *Précis de chirurgie cérébrale*, p. 240, 1903.

Sans trop attendre, nous voulions voir si les accidents céderaient à cette intervention, nous tenant prêts toutefois à agir plus énergiquement, le cas échéant.

Le soir de l'opération, la température tombe à 38°,7, et le pouls n'est plus qu'à 110.

La chute thermique s'accroît le lendemain, 1^{er} octobre, puisque le matin nous n'avons plus que 37°,8 et le soir 37°,4 ; en même temps, l'œdème de la joue gauche avait disparu et l'état général semblait devoir s'améliorer.

Ce n'était qu'une accalmie trompeuse, car le 2 octobre, brusquement, la température remonte à 40°,8, le pouls bat à 156 ; on refait le pansement, comme tous les matins, et les gazes qu'on retire de la plaie ont une odeur infecte, le fond de la plaie est déjà rempli de pus bleu. Ce pus bleu, « mesure de notre aseptie », comme on l'a dit, par l'époque tardive de son apparition, est imputable à un manque de rigueur aseptique dans les pansements.

Le soir, la température descend à 39°,5.

Nouvelle ascension à 40°,2 le 3 octobre au matin. Evidemment, ces grandes oscillations traduisent l'existence d'une pyohémie, et l'on décide d'ouvrir le sinus et de lier la jugulaire, tous deux sûrement infectés. Cependant, sous l'anesthésie chloroformique, on n'arrive pas à sentir l'induration de la jugulaire qui est constante dans ces cas ; on ne perçoit pas davantage de ganglion enflammé.

Aussi, avant d'intervenir sur le système veineux, nous tenons à nous assurer encore qu'il n'est pas un coin de la mastoïde ou des cavités de l'oreille qui recèle quelque clapier purulent méconnu. D'ailleurs, cette exploration se double d'un nettoyage du foyer opératoire déjà infecté, d'une préparation par la curette et l'eau oxygénée, à l'ouverture du sinus latéral.

La brèche primitive faite au canal qui loge le sinus est très agrandie en avant et sur les côtés par notre recherche de lésions macroscopiques de thrombo-phlébite. Or, nous n'en trouvons pas.

Quels sont, en effet, les caractères d'un sinus normal ? Il doit avoir une paroi mince, colorée en bleu foncé, il doit être dépressible et pulsatile. C'étaient précisément ces caractères que possédait le sinus que nous avions sous le doigt. Il était aisé de s'en rendre compte, et l'un de nos assistants put déprimer tout le sinus sans percevoir d'induration de la paroi.

De plus, dans la partie inférieure de l'incision qui permettait la ligature de la jugulaire, les mêmes sensations étaient perçues à la palpation de la veine.

A vrai dire, il y avait de quoi dérouter et se demander si l'on n'avait pas plutôt affaire à des accidents septico-pyohémiques sans coagulation veineuse, que Körner (1) décrit à part sous le nom de pyohémie auriculaire sans thrombose. Dans ce cas-là, le tableau clinique est celui d'une septicémie aiguë ou subaiguë sans aucun signe local, sans réaction méningée. Les indications opératoires sont ici moins nettes, et la crainte de mettre ce sinus largement béant en communication avec le foyer septique nous fit abandonner notre plan primitif. Au surplus, la malade, très affaiblie, ne pouvait supporter une plus longue anesthésie et nous en restâmes là.

Le soir, la température tombait à 37°,9; elle descendait encore le matin du 4 octobre à 37°,2; mais l'état général restait très mauvais, la torpeur était continue, et le 5 octobre la malade s'éteignait doucement.

L'autopsie, faite quelques heures après la mort, montra les lésions suivantes :

1° Pas d'abcès extra-dural, juxta-sinusal.

2° Le sinus latéral et la jugulaire, depuis le pressoir d'Hérophile à peu près jusqu'à l'os hyoïde, sont le siège d'une coagulation pariétale circulaire, épaisse de 3 à 4 millimètres, laissant perméable les trois quarts de la lumière centrale de ces vaisseaux. Ce caillot pariétal est par endroits recouvert de stries purulentes;

Des fragments sont prélevés en différents points pour l'examen histologique et bactériologique (2);

3° A la base du poumon droit, il y avait trois abcès métastatiques avec des zones de broncho-pneumonie.

Ce thrombus étalé sur la paroi nous explique maintenant pourquoi nous avons perçu le libre passage de l'ondée sanguine dans la partie centrale du vaisseau indemne. Par suite, le battement perçu dans le sinus n'est plus un signe irréfutable en faveur de l'intégrité du conduit, et la méprise était

(1) Les coupes montrent les lésions caractéristiques de l'endophlébite; l'examen des stries purulentes a montré l'existence d'une flore bactérienne très riche surtout en anaérobies.

(2) KÖRNER. — Die Otitischen Erkrankungen der Hirns, des Hirnhauts und der Blutleiter. Frankfurt am Main, 1894.

possible. Luc ⁽¹⁾ insiste sur ce point à propos des recherches anatomo-pathologiques de Leutert (de Halle).

D'autre part, la paroi du sinus elle-même était bleuâtre, non tomenteuse, molle, dépressible, ce qui cadre mal avec un diagnostic de thrombose. De même nous avons vainement cherché la sensation de cordon induré le long de la jugulaire.

Aussi faudra-t-il être très réservé sur la valeur à donner à ces signes locaux infidèles et s'en tenir plutôt aux symptômes généraux qui ceux-là ne tromperont jamais (Broca et Maubrac) ⁽¹⁾, (Luc) ⁽²⁾.

Quelques-uns de ceux-ci, tels que la céphalée, le frisson, comme dans le cas présent, pourront faire défaut ou être peu accusés, mais, par contre, l'étude du pouls et de la température fournira les indications majeures.

Ces grandes oscillations avec chute de 2 degrés, ces ascensions en pointes d'aiguille, comme on l'a dit, sont caractéristiques de la pyohémie; cette température semblait donc nous crier chaque matin qu'il y avait infection dans le système circulatoire, là, dans ce sinus latéral; mais sur la table d'opération, le sinus dénudé démentait ces avertissements. Nous avons alors abandonné l'idée d'une thrombose pour admettre celle d'une pyohémie auriculaire sans coagulation, de Körner, pour laquelle les indications thérapeutiques sont plus flottantes. L'autopsie est venue renverser notre diagnostic et nous donner cette leçon salubre que, *malgré l'apparence saine et normale d'un sinus latéral ou d'une jugulaire, il faudra passer outre et obéir exclusivement aux indications fournies par les symptômes généraux, surtout par la température*. Il eût sans doute été plus flatteur pour nous de publier une guérison, mais notre échec est tout aussi instructif parce qu'il montre la difficulté du diagnostic exact et sur quelles données cliniques prépondérantes il doit être établi.

Ceci dit, notre conduite fut-elle blâmable, et a-t-elle été la véritable cause de la mort de notre malade? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

⁽¹⁾ BROCA ET MAUBRAC. — *Chirurgie cérébrale*, 1896.

⁽²⁾ LUC. — *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne*, p. 382.

Nous avons montré nos incertitudes sur l'état du sinus et de la jugulaire dont la couleur, la consistance et les pulsations sont variables. G. Laurens, dans un ouvrage récent (1), énumère les résultats contradictoires de l'exploration et des ponctions, incisions ou examens anatomo-pathologiques. Chez notre malade, la ponction, dont quelques-uns ont parlé, nous aurait-elle donné la clef du problème ? Oui et non, suivant la direction donnée à l'aiguille. En effet, si l'aiguille avait cheminé dans le sinus tangentiellement à la paroi, elle serait restée dans l'épaisseur du caillot et pas une goutte de sang n'eût coulé ; par contre, si l'aiguille avait d'emblée, par une piqûre faite perpendiculairement ou obliquement, pénétré dans la lumière restée perméable, elle aurait ramené du sang alors qu'en réalité il y avait un caillot pariétal. Par suite, la ponction étant sujette à de telles variations dans les résultats, n'est pas à conseiller, et mieux vaut alors l'incision franche.

En admettant, d'autre part, que par ce moyen, le diagnostic exact eût été établi, notre intervention (drainage du sinus et ligature de la jugulaire) eût-elle sauvé la malade ? La réponse reste douteuse, à cause des trois abcès métastatiques dans le poumon avec zones de broncho-pneumonie.

Ce qui nous permet d'en juger ainsi, c'est la lecture d'une observation analogue publiée par Bérard (2) où il s'agissait d'une mastoïdite avec thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne. On n'avait pas trouvé à l'examen le cordon induré de la jugulaire, ni constaté de grands frissons (3), malgré une température de 40° et des douleurs le long du sterno-mastoïdien. Après une trépanation de la mastoïde dans

(1) G. LAURENS. — *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*, 1905, p. 270.

(2) BÉRARD. — Mastoïdite avec thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne. *Lyon Médical*, avril 1905, page 804.

(3) « La clinique nous met, en effet, bien souvent en présence d'accidents septico-pyohémiques d'origine auriculaire dont l'interprétation n'est pas toujours simple. Le frisson n'a pas toujours la solennité qui convient pour un diagnostic ferme, le fameux cordon de la jugulaire n'est pas si facile à sentir ; que de fois affirme-t-on sa présence, alors qu'on le voit s'évanouir pendant l'anesthésie. » (G. LAURENS, *loc. cit.* p. 266).

possible. Luc (1) insiste sur ce point à propos des recherches anatomo-pathologiques de Leutert (de Halle).

D'autre part, la paroi du sinus elle-même était bleuâtre, non tomenteuse, molle, dépressible, ce qui cadre mal avec un diagnostic de thrombose. De même nous avons vainement cherché la sensation de cordon induré le long de la jugulaire.

Aussi faudra-t-il être très réservé sur la valeur à donner à ces signes locaux infidèles et s'en tenir plutôt aux symptômes généraux qui ceux-là ne tromperont jamais (Broca et Maubrac) (1), (Luc) (2).

Quelques-uns de ceux-ci, tels que la céphalée, le frisson, comme dans le cas présent, pourront faire défaut ou être peu accusés, mais, par contre, l'étude du pouls et de la température fournira les indications majeures.

Ces grandes oscillations avec chute de 2 degrés, ces ascensions en pointes d'aiguille, comme on l'a dit, sont caractéristiques de la pyohémie; cette température semblait donc nous crier chaque matin qu'il y avait infection dans le système circulatoire, là, dans ce sinus latéral; mais sur la table d'opération, le sinus dénudé démentait ces avertissements. Nous avons alors abandonné l'idée d'une thrombose pour admettre celle d'une pyohémie auriculaire sans coagulation, de Körner, pour laquelle les indications thérapeutiques sont plus flottantes. L'autopsie est venue renverser notre diagnostic et nous donner cette leçon salutaire que, *malgré l'apparence saine et normale d'un sinus latéral ou d'une jugulaire, il faudra passer outre et obéir exclusivement aux indications fournies par les symptômes généraux, surtout par la température*. Il eût sans doute été plus flatteur pour nous de publier une guérison, mais notre échec est tout aussi instructif parce qu'il montre la difficulté du diagnostic exact et sur quelles données cliniques prépondérantes il doit être établi.

Ceci dit, notre conduite fut-elle blâmable, et a-t-elle été la véritable cause de la mort de notre malade? C'est ce que nous allons maintenant examiner.

(1) BROCA ET MAUBRAC. — *Chirurgie cérébrale*, 1896.

(2) LUC. — *Leçons sur les suppurations de l'oreille moyenne*, p. 382.

Nous avons montré nos incertitudes sur l'état du sinus et de la jugulaire dont la couleur, la consistance et les pulsations sont variables. G. Laurens, dans un ouvrage récent ⁽¹⁾, énumère les résultats contradictoires de l'exploration et des ponctions, incisions ou examens anatomo-pathologiques. Chez notre malade, la ponction, dont quelques-uns ont parlé, nous aurait-elle donné la clef du problème ? Oui et non, suivant la direction donnée à l'aiguille. En effet, si l'aiguille avait cheminé dans le sinus tangentiellement à la paroi, elle serait restée dans l'épaisseur du caillot et pas une goutte de sang n'eût coulé ; par contre, si l'aiguille avait d'emblée, par une piqure faite perpendiculairement ou obliquement, pénétré dans la lumière restée perméable, elle aurait ramené du sang alors qu'en réalité il y avait un caillot pariétal. Par suite, la ponction étant sujette à de telles variations dans les résultats, n'est pas à conseiller, et mieux vaut alors l'incision franche.

En admettant, d'autre part, que par ce moyen, le diagnostic exact eût été établi, notre intervention (drainage du sinus et ligature de la jugulaire) eût-elle sauvé la malade ? La réponse reste douteuse, à cause des trois abcès métastatiques dans le poumon avec zones de broncho-pneumonie.

Ce qui nous permet d'en juger ainsi, c'est la lecture d'une observation analogue publiée par Bérard ⁽²⁾ où il s'agissait d'une mastoïdite avec thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne. On n'avait pas trouvé à l'examen le cordon induré de la jugulaire, ni constaté de grands frissons ⁽³⁾, malgré une température de 40° et des douleurs le long du sterno-mastoïdien. Après une trépanation de la mastoïde dans

(1) G. LAURENS. — *Chirurgie oto-rhino-laryngologique*, 1905, p. 270.

(2) BÉRARD. — Mastoïdite avec thrombo-phlébite du sinus latéral et de la jugulaire interne. *Lyon Médical*, avril 1905, page 804.

(3) « La clinique nous met, en effet, bien souvent en présence d'accidents septico-pyohémiques d'origine auriculaire dont l'interprétation n'est pas toujours simple. Le frisson n'a pas toujours la solennité qui convient pour un diagnostic ferme, le fameux cordon de la jugulaire n'est pas si facile à sentir ; que de fois affirme-t-on sa présence, alors qu'on le voit s'évanouir pendant l'anesthésie. » (G. LAURENS, *loc. cit.* p. 266).

une première séance, Bérard ouvre le sinus quelques jours après, lie et résèque la jugulaire. Malgré cela, la malade meurt et l'on trouve en plus d'un caillot dans la branche horizontale du sinus, trois abcès métastatiques dans le poumon avec broncho-pneumonie.

La même terminaison fut observée dans un cas de Nové-Josserand ⁽¹⁾ où, malgré l'intervention précoce (ligature de la jugulaire et drainage du sinus), il y eut des embolies septiques dans le poumon et gangrène pulmonaire.

Enfin Macewen ⁽²⁾, malgré l'opération complète, sur dix-sept opérés en a perdu trois par complications pulmonaires d'origine septique.

Bien qu'il y ait, d'autre part, quelques cas heureux où la thrombo-phlébite non traitée n'a pas emporté le malade, il est de toute prudence d'ouvrir le sinus, de le désinfecter et de lier la jugulaire pour barrer la route aux embolies septiques ou pour agir plus efficacement sur le sinus (Broca). Notre observation peut servir de preuve anatomique en quelque sorte de la conduite à tenir, comprenant une intervention sur le sinus et la jugulaire, malgré l'opposition de Jansen ⁽³⁾, de Poulsen ⁽⁴⁾, de Mignon ⁽⁵⁾, car cette conduite a pour elle les belles statistiques de Zaufal ⁽⁶⁾, Körner ⁽⁷⁾, de Forselles ⁽⁸⁾, de Ducellier ⁽⁹⁾, de

⁽¹⁾ NOVÉ JOSSERAND. — Phlébite de la jugulaire et du sinus latéral. *Lyon Médical*, 16 avril 1905, p. 87.

⁽²⁾ MACEWEN. — Pyogenic infective diseases of the brain and spinal cord. *Glasgow*, 1898.

⁽³⁾ JANSEN. — Ueber sinus thrombose mit Demonstration eines durch Geöffnung des Sinus transversus geheilten Falles. *Arch. f. Ohrenheilkunde*, 1892, p. 298.

⁽⁴⁾ POULSEN. — Om cerebralfeldes, ned den Kroniske obli media. *Nordiskt medicinsk Ark.* 1891. Bd 23, nos 8 et 15.

⁽⁵⁾ MIGNON. — Complications des otites moyennes, 1898.

⁽⁶⁾ ZAUFAL. — *Prag. med. Wochens.* 1884.

⁽⁷⁾ KÖRNER. — *Loc. cit.*

⁽⁸⁾ FORSELLES. — Die durch eitrige Mittelohrentzündung verursachte Lateralsinus thrombose, und deren operativen Behandlung. (*Kuopio*, 1893. (*D'après Broca et Maubrac*).

⁽⁹⁾ DUCELLIER. — Du traitement de la Phlébite du sinus latéral d'origine auriculaire. *Th. Paris*, 1894.

Laurens (1) et la très intéressante observation de Vidal (de Périgueux) (2).

Mais le secret de ces belles statistiques ne réside pas tant dans la technique de l'intervention que dans l'époque où elle est pratiquée. La plupart du temps, ces sujets sont amenés trop tard au spécialiste ou au chirurgien — comme c'était le cas ici — et les interventions les plus larges et les plus radicales sont peine inutile en face d'une septicémie déjà généralisée. Plus tôt l'opération sera faite, plus grandes seront les chances de succès (Tronconi).

Toubert dans une étude récente établit « que parmi les opérés tard, c'est-à-dire une semaine après le début de la complication, il y a 5 morts pour 3 guérisons ; parmi ceux opérés tôt, c'est-à-dire dans la première semaine, il y a 1 mort pour 3 guérisons ». (In Laurens, *loc. cit.*)

« Le sort du malade, dit Luc (3), est étroitement lié à la précocité du diagnostic, entraînant celle de l'intervention. » En d'autres termes, c'est à un diagnostic ferme, établi sur les seules bases solides et fixes que nous avons montrées, que la chirurgie du sinus latéral devra de tenir ses promesses.

(1) LAURENS. — *Loc. cit.*

(2) VIDAL. — Sur la technique de la cure radicale des thrombo-phlébites otitiques du sinus latéral. *Arch. Provinciales de chirurgie*, 1901, p. 257.

(3) LUC. — *Loc. cit.*, p. 394.

IV

TRAITEMENT DE L'HÉMORRAGIE CHIRURGICALE DE L'AMYGDALE PALATINE (1)

Par Maurice **CONSTANITN**, Assistant de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Le nombre des interventions chirurgicales sur les amygdales palatines croît de jour en jour ainsi que le nombre des instruments destinés à la cautérisation ou à l'excision de ces organes. L'une des raisons qui contribuent le plus à faire naître des méthodes nouvelles est la crainte de l'hémorragie. On a voulu et on a cru trouver des procédés grâce auxquels on serait sûr d'opérer presque à *blanc* et sans crainte d'une hémorragie secondaire; ils ont eu, dès leur apparition, une vogue immense, mais leur emploi a tout de même été suivi d'hémorragies assez sérieuses quoique très rares, comme on le verra plus loin.

Nous avons cherché, postérieurement à l'ouvrage très documenté de Sallard sur l'*Hypertrophie des amygdales*, dans la littérature médicale française et étrangère des douze dernières années, des observations d'hémorragie après usage des divers procédés opératoires. Nous en avons relevé 25 auxquelles nous devons en ajouter 10 inédites et 6 personnelles; soit, en tout, 41 observations d'hémorragies.

Mais il nous est impossible de montrer d'une manière absolue, par des chiffres exacts, la fréquence des hémorragies chirurgicales des tonsilles. Bien des cas sont passés sous silence,

(1) Pour plus amples détails et pour la bibliographie complète de la question, voir (du même auteur) : *Des hémorragies tonsillaires et de leur traitement* (Thèse de Toulouse, 1905 06), Privat, éditeur, Toulouse, et chez Maloine, à Paris.

et peu de spécialistes communiquent leurs statistiques. Il faut encore ajouter que les données fournies concordent peu entre elles. A l'Université d'Heidelberg, dans la clinique du *Prof. Jurasz*, ses assistants nous ont déclaré qu'après trente années de pratique, il n'avait pas encore un cas d'hémorragie amygdalienne à signaler.

Nous tenons du *D^r L. Harmer*, privat-docent et assistant le *Prof. Chiari*, de Vienne, que le chiffre annuel des hémorragies s'élève à 3 ou 4 pour 240 tonsillotomies environ. Le médecin-principal Chavasse, du Val-de-Grâce, a pratiqué le morcellement sur 522 amygdales appartenant à 268 individus différents; aucune hémorragie. Le *D^r Mader* nous a dit avoir observé 60 hémorragies, dont 10 très graves, sur 2.000 interventions à l'amygdalotome de Mathieu. Avec le même instrument, le *D^r Krecke*, de Munich, a fait 100 ablations sans incident (Communication orale).

Dans sa clientèle privée et dans son service hospitalier, le *D^r Escat* possède 348 observations d'ablation des amygdales: 122 à l'amygdalotome, 3 au bistouri ou aux ciseaux, 75 à l'anse galvanique et 148 au morcelleur. Cela fait un total de 348 interventions auxquelles il convient d'ajouter une cinquantaine d'ablations dont les observations ont été perdues ou n'ont pas été prises à cause des circonstances. Il a eu 12 cas d'hémorragies à enregistrer. Sur ces 12 cas, 2 sont imputables à l'amygdalotome, 2 aux crochets à discision, 1 au morcelleur tranchant, 4 au morcelleur classique, 1 à l'anse galvanique et 2 aux ciseaux. Trois des patients étaient des enfants de 5, 6 et 7 ans; deux furent opérés à l'amygdalotome et 1 au morcelleur classique.

On n'a pas renoncé tout à fait à l'ablation par le bistouri ou le scalpel qui est la méthode la plus ancienne. *Zimmermann* rapporte un cas d'hémorragie après amygdalotomie au couteau de *Blaudin*.

Avec l'anse froide, le *Prof. Ficano*, de Palerme, a eu 1 cas d'hémorragie sur 100 ablations.

Les ciseaux ont donné deux hémorragies à *M. Escat*, une à *Mac Kinney*, de Memphis, et une autre à *Heermann*, d'Essen-am-Rhein.

C'est l'amygdalotome qui paraît être par excellence l'instrument des hémorragies. Il est vrai qu'on a quelquefois le grand tort de l'employer chez les individus âgés de plus de 12 à 13 ans. Nous possédons, comme observations d'hémorragie après amygdalotomie, les cas rapportés par Price Brown, de Toronto, par F.-J. Quinlan, Mac Kinney, B. Piergili, de Rome, E. Brown, et les observations inédites de Gellé, père, Mader, de Munich, Petit, Escat, auxquelles il faut encore ajouter les communications diverses de Harmon Smith, O. Welkinson, Urban, Nørregaard, Noquet, etc.

La simple discision peut être suivie d'hémorragie, comme dans deux cas cités par notre maître, Escat, dans son *Traité des maladies du pharynx*. Le plicotome de Lermoyez, qui discise en morcellant, donne plus de sécurité à cet égard que les crochets.

Le morcelleur de Ruault ne met pas absolument à l'abri de l'hémorragie, même lorsqu'il est construit dans les conditions classiques, c'est-à-dire avec des bords nettement mousses. Nous n'avons pas à rapporter ici l'observation du Dr Escat présentée à la Société française de laryngologie en mai 1902. Il s'agissait d'une hémorragie après emploi d'un morcelleur défectueux. Elle fut très grave et nécessita la suture des piliers.

Malgré l'emploi exclusif de morcelleurs à bords non tranchants, quatre nouvelles hémorragies sérieuses prouvèrent au Dr Escat que le morcellement lui-même n'était pas un procédé ne donnant lieu qu'à des hémorragies sans importance. A ces quatre observations, nous en joignons une autre, inédite comme elles, due au Dr Coustaing, de Paris. Plusieurs laryngologistes des plus sérieux ont reconnu avoir eu des accidents assez inquiétants avec les morcelleurs classiques. Nous n'avons pu malheureusement nous procurer des observations plus détaillées sur ces cas dont il a été parlé au cours de communications orales qui n'ont pas été publiées.

OBSERVATION *personnelle inédite, recueillie à la clinique du*
D^r ESCAT, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (n° 3322).

P. R..., 22 ans, de Castres, sergent d'infanterie en garnison à Castelnaudary, étant en permission, est adressé à M. Escat par le médecin-major de son régiment.

Le malade, vu le 1^{er} mai 1903, est sujet à des amygdalites à répétition. Il est opéré le même jour au morcelleur. Les amygdales, très grosses, sont enlevées sans cocaïne. Une effusion sanguine assez abondante suit immédiatement l'opération.

Le D^r Escat badigeonne les deux moignons tonsillaires avec de la teinture d'iode pure. L'emploi de ce caustique, dont il fallut plus tard regretter l'usage, arrêta net l'hémorragie. Le patient, après trois jours passés à Toulouse, revint à Castres. Le sixième jour après l'opération, une hémorragie survint à droite d'abord, puis bientôt après à gauche. Un médecin qui habitait la même maison passa la nuit auprès du malade. Le maintien d'un tampon au perchlorure de fer arrêta le sang et le jeune homme revint à Toulouse. On constata alors que, de chaque côté, la cicatrice était incomplète; il y avait de petits caillots sur les plaies, à la partie supérieure et en haut.

Vraisemblablement, l'hémorragie secondaire a été due à la chute d'une eschare provoquée par le topique iodé. Le malade guérit et n'a plus d'hémorragie.

OBSERVATION *personnelle inédite, recueillie à la clinique du*
D^r ESCAT, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (n° 3378).

Justine T..., 21 ans, domestique, entre le 28 mai 1903 à l'Hôtel-Dieu pour amygdalite phlegmoneuse gauche. L'incision de l'abcès, pratiquée par le D^r Escat, amène une guérison rapide.

L'amygdale était aussi atteinte d'hypertrophie chronique qui persista, naturellement, après l'incision du phlegmon. Dès lors, le morcellement fut décidé, mais renvoyé à un mois, la malade présentant encore des phénomènes inflammatoires. Obligée de quitter Toulouse, la malade insista pour être opérée avant sa sortie de l'hôpital.

Cédant à ses instances, M. Escat pratique le morcellement avec un morcelleur classique, le 13 juin, c'est-à-dire quinze jours après l'incision. L'opération a lieu sans incidents. Pas d'anesthésie à la

cocaïne. Le soir, à trois heures et demie, une hémorragie que l'interne de garde ne peut arrêter se déclare et la malade est envoyée à l'opérateur qui constate une hémorragie abondante, en nappe, de la partie supérieure de la loge amygdalienne à gauche. La cautérisation au galvano-cautère suffit à arrêter l'hémorragie; on prescrit en outre l'usage de la glace à la malade qui rentre à l'hôpital. A dix heures du soir, l'hémorragie recommence, mais est enrayée rapidement par la compression directe. Guérison.

OBSERVATION *personnelle inédite, recueillie à la clinique du*
Dr ESCAT, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse (4789).

Marie T..., six ans, aux Mazières, par Lunac (Aveyron), est atteinte d'hypertrophie amygdalienne chronique. M. Escat opère l'ablation avec un morcelleur de grand modèle à mors non tranchants, le 2 mai 1905, à dix heures du matin.

Aussitôt après l'intervention commence une hémorragie en nappe, avec quelques rémissions. Au bout de deux heures, malgré la compression digitale et la glace qui arrêtaient de temps en temps le flux sanguin, la patiente est pâle, avec tendance à la syncope. L'hémorragie s'arrête trois heures et demie après l'opération.

La malade, revue les jours suivants, présentait encore de la faiblesse du pouls et de l'adynamie imputable à ce fait qu'on l'avait privée assez longtemps même de boisson, dans le cas où les mouvements de déglutition auraient amené la chute des caillots et réveillé l'hémorragie.

Les suites opératoires furent normales.

Fait à signaler, la petite patiente était convalescente d'une angine à notre insu. La coloration rosée du voile, de la paroi postérieure, des piliers et des tonsilles ne permettait pas de penser à un état inflammatoire aigu du pharynx. Les renseignements fournis par les parents étaient erronés.

OBSERVATION *inédite, obligeamment communiquée par le Dr A. COUS*
TAING, de Paris.

HÉMORRAGIE APRÈS EMPLOI DU MORCELLEUR CLASSIQUE SUTURE DES PILIERS PAR LA MÉTHODE D'ESCAT

Un confrère et ami des environs de Paris, désirant avoir mon avis au sujet d'une de ses malades, Mlle X..., 19 ans, à antécé-

dents lymphatiques, j'examinai la malade le 8 juillet 1905, en présence du confrère.

Je trouvai une amygdale droite très volumineuse, rouge foncé, de consistance ligueuse et adhérente aux piliers. Les traitements en usage dans ce cas : cautérisations à la teinture d'iode, ignipuncture galvanique, etc., avaient déjà été essayés. Les troubles fonctionnels tels que voix nasonnée, enrouement facile, angines à répétition, et, fait important à noter, une légère surdité, continuant à se manifester, mon confrère et moi fixâmes l'ablation, très justifiée par l'état de la patiente, au 12 juillet.

Je pratiquai donc, le 12 à deux heures de l'après-midi, le morcellement avec la pince de Ruault à mors droit, après anesthésie locale à la cocaïne (1 pour 20). Je dus morceler par deux fois pour terminer l'ablation de la partie hypertrophiée. L'hémorragie consécutive me parut normale et je n'y attachai aucune importance sur le moment. Je fis gargariser la malade avec de l'eau chaude additionnée d'une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 12 volumes, par bol d'eau.

Un quart d'heure après l'opération, l'hémorragie se continuait aussi abondante, malgré les gargarismes. Je pratiquai des attouchements à l'eau oxygénée pure, et l'hémostase se maintint une demi-heure pour reparaitre aussi forte qu'avant. Sans me décourager, j'appliquai alors un tampon imbibé d'une solution d'antipyrine à 10 % et je le maintins sur la région saignante à l'aide d'une pince. Au bout de dix minutes, l'hémorragie ayant semblé s'arrêter, je retirai le tampon ; l'hémorragie reparut de plus belle.

Le temps pressait, et, je dois l'avouer, la situation me terrifiait. Je crus ma responsabilité terriblement engagée, ayant dit à la famille la bénignité de telles opérations. Je n'hésitai pas alors à recourir à la suture des piliers préconisée et modifiée par Escat. A l'aide d'une aiguille de Doyen à grande courbure, je plaçai deux ligatures en crin de Florence, et, dans le canal ainsi formé, j'introduisis en les poussant avec un porte-ouate des boulettes d'ouate imbibées d'eau oxygénée, imitant un peu en cela le manuel opératoire du tamponnement vaginal. Mon intervention fit merveille. L'hémorragie s'arrêta instantanément.

A sept heures du soir, l'hémostase se maintenait parfaitement. J'ordonnai qu'on fit prendre à la malade quelques gorgées de lait glacé, de quart d'heure en quart d'heure. Je rentrai à Paris, laissant la malade sous la surveillance de mon confrère qui devait me téléphoner en cas de récurrence.

Je revins le lendemain matin, à dix heures. Tout était resté en

bon ordre. J'enlevai les crins et ordonnai la continuation des gargarismes chauds pendant quelques jours, en même temps qu'une alimentation liquide.

La cicatrisation suivit son cours normal.

Je conserve à la méthode d'Escat une reconnaissance infinie et j'émets le vœu qu'elle devienne classique.

OBSERVATION personnelle inédite, recueillie auprès du D^r ESCAT.
UN CAS D'HÉMORRAGIE GRAVE A LA SUITE DE MORCELLEMENT

M. A., 34 ans, consulta M. Escat dans le courant du mois d'avril 1905, pour une amygdalite cryptique, accompagnée de points douloureux et de paresthésie.

Les amygdales, peu développées, adhérentes aux piliers, présentaient de petits foyers cryptiques enkystés. Notre maître prescrivit des badigeonnages et des gargarismes iodés, faisant pressentir au malade que si ce traitement ne réussissait pas, il y aurait indication à disciser ou à morceler les amygdales.

L'effet du traitement n'ayant été que palliatif, le malade revint le 27 octobre, décidé à l'opération.

Cédant aux instances du malade, M. Escat fit, contrairement à son habitude, une légère pulvérisation à la cocaïne et procéda ensuite au morcellement avec une pince de Ruault. Il était trois heures et demie.

L'opérateur fut frappé par la dureté ligneuse de la tonsille droite, dureté telle que, croyant avoir saisi un calcul entre les mors de la pince, il dut prendre l'instrument à deux mains, et même, en procédant ainsi, il eut assez de peine à exécuter le morcellement. Cette difficulté se renouvela deux fois pour l'amygdale droite. Les fragments enlevés étaient extrêmement fibreux. Le morcellement de l'amygdale gauche fut moins pénible. L'écoulement sanguin immédiat fut assez abondant et dura une demi-heure environ, mais sans présenter le moindre caractère inquiétant.

A six heures du soir, soit deux heures et demie après l'opération, survient une hémorragie qui oblige le malade à revenir auprès de M. Escat. Il rend le sang à pleine bouche; les gorgées, évaluées à la contenance d'une cuiller à dessert, se succèdent presque sans interruption. Le pharynx étant éclairé, un jet artériel est visible à la partie moyenne de la loge amygdalienne droite, sur le bord adhérent du pilier postérieur.

La compression directe avec un tampon d'ouate, continuée pendant de longs intervalles, ne donne aucun résultat.

Le malade vomit une grande quantité de sang partiellement digéré, qui s'était épanché dans son estomac. Ces vomissements abondants se renouvellent quatre ou cinq fois entre six heures et demie et sept heures.

La cautérisation du foyer hémorragique avec le galvano-cautère ne donne pas de résultat. Même insuccès avec un petit tampon imbibé de perchlorure de fer. Nouvelle cautérisation au galvano-cautère au rouge sombre, après laquelle le jet se modère, devient invisible. L'hémorragie se fait dès lors en nappe, et le sang coule dans le pli salpingo-pharyngien.

Le patient rejette à nouveau du sang noir abondant. Il suce de petits morceaux de glace et montre beaucoup de sang-froid, ce qui facilite considérablement la tâche de notre maître.

La suture des piliers n'est point possible, le pilier postérieur étant très peu saillant, au niveau du foyer hémorragique, ce qui rendrait le passage de l'aiguille très difficile.

Un peu après sept heures, sous l'influence de séances répétées de compression, de la glace, et probablement aussi de la cautérisation ignée, l'hémorragie s'arrête. La place est recouverte d'un caillot noir. Après une heure d'immobilité absolue, le malade condamné au silence rentre chez lui et l'usage continu de la glace lui est ordonné.

Le caillot tomba sans récurrence de l'hémorragie 24 heures plus tard.

La guérison a suivi son cours normal.

..

L'électrotomie est très répandue en Amérique, où elle a fait son apparition sous les auspices de Knight, et en Europe, où Garel, Schmidt et Moure ont été les premiers à l'employer. Elle se pratique aujourd'hui journellement avec l'amygdalotome-galvano-cautère de Wright, et surtout à l'anse galvanique. Divers appareils ont été imaginés, tendant tous vers le même but : sectionner la tonsille par la striction du fil où l'on fait passer le courant électrique qui doit le porter au rouge.

« Dans la plupart des cas, il n'y a pas une goutte de sang versé ; un très léger suintement sanguin s'observe seulement

lorsque, l'anse étant portée à une très haute température, la section a été trop rapide. » (Escat, *Traité des maladies du pharynx*). Voilà donc un procédé qui permet de sectionner l'amygdale presque à blanc. L'on devait donc s'attendre, avec lui, à des résultats admirables au point de vue de l'hémostase, et certes, l'hémostase immédiate a toujours été parfaite, le fil obliquant les orifices vasculaires à mesure qu'il progressait. Aussi avait-on préconisé la méthode lente (15 à 20 secondes), consistant à faire passer le courant par saccades, tout en resserrant progressivement le fil.

Mais si l'on n'a pas signalé d'hémorragie primitive, on en a observé de secondaires *précoces* (Escat, Heryng) et *tardives* (Brœckaert). La chute normale de l'eschare ou sa rupture à la suite d'un mouvement de déglutition trop violent, d'un traumatisme dû au passage d'un aliment solide et dur sont le plus souvent cause de ces hémorragies.

Cette méthode, qui donne, en outre, une réaction inflammatoire intense, ne paraît plus aussi brillante qu'à son apparition. Le danger que l'on croyait écarté reste là, menaçant, et nul ne peut savoir ce qui se passera à la chute de l'eschare, chute dont il est malaisé de prévoir la date.

OBSERVATION inédite, due à l'obligeance du D^r ESCAT.

HÉMORRAGIE SECONDAIRE PRÉCOCE CONSÉCUTIVE A L'ÉLECTROTOMIE

Le 30 mars 1905, j'opérai d'électrotomie, dans mon cabinet, M^{me} R..., 33 ans, qui m'était adressée par un confrère de Narbonne.

M^{me} R... se plaignait de poussées fréquentes d'amygdalite aiguë se répétant tous les deux ou trois mois et obligeant la malade à s'aliter.

A l'examen, je constate des amygdales atteintes de pseudo-hypertrophie lacunaire. Les deux organes très hypertrophiés et nettement pédiculés permettent une ablation à l'électro-cautère.

La dernière crise d'amygdalite remontant à trois semaines et la muqueuse amygdalienne ne présentant plus les caractères de l'amygdalite aiguë, je me crois autorisé à pratiquer cette opération.

Pas d'anesthésie préalable. L'opération s'exécute avec la plus grande facilité et sans le moindre incident. Toutefois, la partie supérieure de la plaie gauche donne lieu à un suintement sanguin qui dure à peine cinq ou six minutes. Au bout d'une demi-heure la malade regagne son hôtel.

Trois quarts d'heure environ après son départ, je suis appelé d'urgence auprès d'elle. En revenant à l'hôtel, une hémorragie abondante s'est déclarée. En moins de dix minutes, la malade avait regurgité près de 400 grammes de sang recueilli dans une cuvette qui m'est présentée.

Sous l'influence de la glace, dont j'avais conseillé l'emploi, le cas échéant, l'hémorragie s'était arrêtée. L'exploration du pharynx me montra un caillot recouvrant la partie supérieure de l'amygdale gauche.

L'hémorragie ne reparut pas et les suites furent très normales.

OBSERVATION par J. BRÆCKAERT (*Belg. méd.*, 1897).

HÉMORRAGIE TARDIVE GRAVE A LA SUITE D'AMYGDALECTOMIE A L'ANSE GALVANIQUE

L'auteur est d'avis que la *méthode galvano-caustique*, si employée aujourd'hui pour l'ablation des amygdales, *favorise les hémorragies tardives* lors de la chute des eschares. Il rapporte un cas dans lequel le fait se produisit sept jours après l'ablation à l'anse galvanique des deux tonsilles hypertrophiées. On eut beaucoup de peine à juguler l'hémorragie, que l'on ne put arrêter qu'en maintenant sur la surface cruentée un tampon d'ouate imbibé d'une solution concentrée d'antipyrine.

Heryng a observé une hémorragie tellement abondante après ablation par *anse galvanique* que la vie du malade fut réellement en danger. Il y eut une anémie consécutive très prononcée.

OBSERVATIONS par E. BROWN (*Laryng.*, n° 2, fév. 1905.)

DEUX CAS D'HÉMORRAGIE SECONDAIRE CONSÉCUTIVE A L'EMPLOI DE L'ANSE GALVANIQUE

I. Fillette âgée de 6 ans. Le 21 juin 1900, ablation de l'amygdale gauche à l'anse chaude de Peter. Fortement enchatonnée, la

tonsille n'a pu être séparée des piliers et, partant, n'a été enlevée qu'incomplètement. Deux jours après, hémorragie grave que le médecin de la famille réussit à arrêter non sans difficulté.

II. Miss N..., 33 ans, a eu trois attaques d'amygdalite du côté droit. Après l'avoir séparée de la fossette sus-amygdalienne et des piliers, l'amygdale a été enlevée avec l'anse de Peter.

A cause d'adhérences inflammatoires et de la difficulté consécutive d'attirer la tonsille hors de sa loge, une petite portion de la base n'en a pas été enlevée. Quinze jours après survint, au milieu de la nuit, une hémorragie grave ayant persisté sept heures durant.

« L'électrotomie, écrivait Escat en 1901, est une excellente opération ; elle a pour avantage de mettre à l'abri de tout danger d'hémorragie. L'hémorragie secondaire, à la chute de l'eschare, observée quelquefois est sans gravité. » Que les temps sont changés ! L'électrotomie elle-même a trompé la confiance des laryngologistes qui peuvent être aussi sceptiques sur ses vertus hémostatiques et sur son innocuité que sur celles du morcelleur classique.

Une des causes d'hémorragie dans l'électrotomie est l'étendue de l'eschare, subordonnée d'une manière absolue à la technique opératoire. Pour réduire l'eschare à son minimum, la meilleure technique nous paraît être celle de Lermoyez (communication orale). Elle consiste à étrangler à *fond* l'amygdale avec l'anse, jusqu'à ce qu'on ne puisse plus serrer. A ce moment seulement, *on donne tout le courant* en continuant à serrer fortement.

Cette méthode *ultra-rapide* donne une eschare beaucoup plus limitée que la méthode décrite plus haut.

Les expériences de Helme et Lermoyez ont démontré en outre que le calorique développé était bien moindre avec ce nouveau manuel opératoire que l'on adoptera, de préférence à l'autre, sans oublier que l'eschare, si petite soit-elle, peut donner, à sa chute, une hémorragie sérieuse et que les malades amygdalotomisés électriquement rentrent dans la même catégorie que les autres : ils sont exposés à l'hémorragie ; il faut donc ne pas les perdre de vue durant les premiers jours.

L'ancien cautère n'était pas d'un maniement commode dans le pharynx, ce qui empêchait son usage de se vulgariser dans le traitement des amygdalites hypertrophiques chroniques. Aussi, dès l'apparition du thermo-cautère de Paquelin, les cautérisations ignées des amygdales firent fureur. Mais la vogue de ce procédé lancé par Verneuil, et qui avait un instant détrôné tous les autres, ne fut pas de longue durée. Un certain nombre de cas d'hémorragie secondaire produisirent le plus fâcheux effet, par exemple celui publié en Allemagne par H. Werner de Mannheim, en 1887. On abandonna le thermo-cautère que Noquet préconise pourtant chez l'adulte.

À l'apparition du galvano-cautère, l'ignipuncture est revenue sur l'eau ; et Moure, très partisan de l'électro-cautère, ne tarda pas à signaler un cas grave d'hémorragie survenue à la chute de l'eschare. Il ne put s'en rendre maître que par la compression.

Le Prof. Ficano préfère l'ignipuncture galvanique à l'électrotomie. Elle aurait pour lui l'avantage de produire des désordres par irradiation bien moins graves et des eschares moins grandes. Hedinger, cité par Heermann, perdit un malade d'anémie consécutive à une intervention galvano-caustique suivie d'hémorragie abondante. Aussi Heermann repousse-t-il ce mode de traitement. Nous nous rallions à son opinion, estimant que l'ignipuncture est complètement à abandonner. Sans parler de la formation d'abcès et d'accidents infectieux péri-amygdaliens, nous reprochons à ce procédé la longueur du traitement, la multiplicité des séances et des eschares, conditions parfaites pour l'apparition des hémorragies dont elles augmentent les chances de production.

OBSERVATION COMMUNIQUÉE PAR LEDERMANN, à l'Académie de médecine de New-York, le 28 février 1900.

L'auteur avait excisé au galvano-cautère une amygdale énorme. Cinq jours après l'opération, à la suite de l'ingestion d'un morceau de gâteau, il se produisit une hémorragie telle, qu'on dut quérir d'urgence un médecin. L'hémorragie s'arrêta sous l'influence de la cocaïne, mais elle récidiva et ne put être enrayée

que par l'application de la glace et d'une solution d'alun. De gros caillots sanguins s'étaient formés. On les retira soigneusement, sans entraîner d'hémorragie secondaire.

..

Nous avons passé en revue tous les moyens de réduire le volume des amygdales hypertrophiées, et nous avons montré qu'*aucun de ces modes d'exérèse ne présente une garantie absolue* contre l'éventualité d'une hémorragie post-opératoire. Au praticien de choisir celui qui paraîtra le mieux s'adapter à l'âge et à l'état des amygdales de son patient. Au praticien aussi de ne pas oublier qu'il peut avoir à combattre une hémorragie à la suite de l'intervention qu'il croyait la plus prudente et la plus opportune. S'il redoute les hémorragies, qu'il s'abstienne de toute opération sanglante ; ceux-là seuls sont sûrs de ne pas avoir d'accidents opératoires qui voient dans l'expectative le traitement de tous les maux.

Il faut donc, si l'on veut intervenir (et on le doit toutes les fois que cela est nécessaire), être armé d'une instrumentation et d'une technique hémostatiques simples, sûres et rapides dans leur application.

TRAITEMENT. — Mentionnons seulement en passant les procédés les plus usuels : glace pilée intus et extra ; gargarismes froids ou très chauds ; alun, tanin, acide tanique, perchlorure de fer, antipyrine, ferripyrine, cocaïne, gélatine, chlorure de calcium, acide acétique, nitrate d'argent, eau oxygénée, ergotine, etc. Le procédé de la syncope, employé par Bryson-Delannan, est par trop barbare. La méthode du vomissement provoqué, qui agit par controstimulisme, lui semble préférable. Elle a réussi dans les hémoptysies et a été appliquée par Wharton P. Hood aux hémorragies tonsillaires.

La cautérisation ignée par le thermo-cautère ou le galvano-cautère est un excellent hémostatique très supérieur à la plupart des agents chimiques énumérés plus haut.

La compression de la carotide primitive a souvent des effets immédiats. On peut la pratiquer avec les doigts, ou mieux, au moyen du compresseur carotidien bilatéral de Doyen.

La compression directe sur le foyer hémorragipare peut se faire sans aucun instrument (*Procédé d'Ingals*), ou avec une longue pince portant un tampon. Une bonne méthode consiste à combiner la compression exercée sur la plaie avec une pression appliquée un peu en dessous de l'angle du maxillaire.



FIG. 1.

Compresseur carotidien bilatéral de Doyen.

C'est le principe même des compresseurs amygdaliens dont le premier en date est la *pince de Hatin*, modifiée plus tard par *Ricord*. On emploie à l'étranger la *pince hémostatique pour amygdales de Mickulicz-Stoerk*, ou la *pince hémostatique amygdalienne de Dovitiis*.

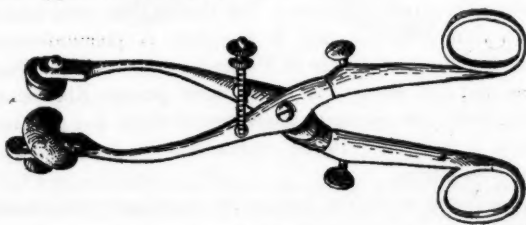


FIG. 2.

Pince hémostatique pour amygdales de Mickulicz-Stoerk.

Il existe aussi un *compresseur-pince amygdalien* dû à *Doyen* qui dit en avoir obtenu les meilleurs résultats.

A ces divers compresseurs, nous ajouterons un *crochet-compresseur spécial*, encore à l'étude, imaginé par M. Escat, et reposant sur un tout autre principe que les précédents.



FIG. 3.

Compresseur-pince amygdalien de Doyen;

Cet appareil peu compliqué, dont M. Escat a bien voulu nous donner une description (*qui pourra être modifiée dans la suite*), et un dessin, rappelle par sa forme certaines ancres de marine. Il se compose d'un crochet, formé d'une lame métallique triangulaire, dont le sommet est pourvu d'un œillet. Cette lame correspondrait à la verge de l'ancre, l'œillet à l'organeau. La face antérieure concave de la verge ou tige embrasse la face postérieure convexe du voile, et sa base, recourbée en avant, se termine par deux valves, simulant les bras et les pattes d'une ancre, qui viennent prendre appui sur les limites postéro-latérales de la face buccale de la voûte, au-dessus de l'insertion des piliers antérieurs. Ces deux valves sont situées dans un plan oblique à celui de la verge et plus antérieur, comme les bras des ancres de Porter à pattes mobiles. Dans l'espace qui les sépare, la luette vient pendre librement; chacune d'elles se continue latéralement et en bas par une gouttière à concavité externe embrassant la loge amygdalienne et les piliers.

Ces gouttières ayant été garnies de coussinets compressifs maintenus par des rubans de gaze antiseptique, un cordon engagé par voie nasale à travers la fosse la plus libre, puis attiré dans le naso-pharynx et la bouche, est solidement fixé à l'œillet du crochet. Il ne reste plus qu'à tirer sur le fil avec la main gauche, pendant que la droite, transportant le crochet

dans le pharynx, vient le placer en bonne position. L'opérateur tire ensuite sur le fil pour serrer à fond les gouttières sur les loges amygdaliennes et exercer une compression suffisante.

Si la compression est insuffisante, il n'y a qu'à relâcher le crochet et à glisser entre le foyer hémorragipare et la gouttière une nouvelle lame de gaze.

Pour maintenir enfin cette compression, il n'y aura plus qu'à fixer le cordon au-devant de la narine, au moyen d'une courte baguette garnie de gaze.

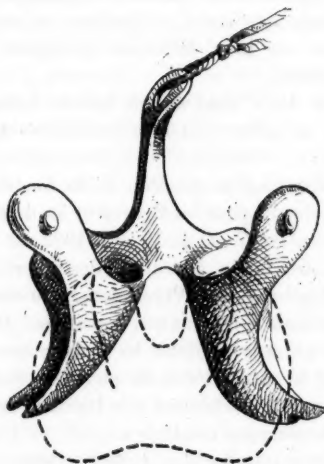


FIG. 4.

Projet du crochet compresseur spécial.

Cet appareil offrirait l'avantage de ne point gêner la respiration et de permettre l'alimentation par la sonde. Quelques perfectionnements aidant, il est à espérer qu'il pourra rendre de réels services, mais la seule expérience permettra de juger sa valeur.

Si l'on est en présence d'une loge amygdalienne profonde et bien évidée, le tamponnement de cette loge peut être un moyen

de salut. On bourre avec de l'ouate l'espace occupé auparavant par la tonsille. Les deux piliers, formant ressort, aident à maintenir les tampons dans la cavité et exercent même une certaine compression, surtout si le volume des tampons est un peu supérieur à celui de l'organe excisé. On peut imbiber les tampons avec un hémostatique, ou remplacer les tampons qui doivent être en contact avec la plaie par du penghawar.

Le *pincement des piliers* avec une pince de Museux est recommandé par G. Laurens dans l'ouvrage qu'il vient de faire paraître, mais il n'est pas toujours possible. La *forcipressure*, la *torsion*, ou la *ligature* du vaisseau qui saigne peuvent être parfois d'excellents moyens. La *ligature en masse du moignon tonsillaire* est bien difficile à pratiquer et n'est pas d'une grande solidité.

Le procédé de choix nous semble être la *suture serrée du pilier antérieur au pilier postérieur*, combinée au tamponnement de la loge.

Nous ne décrivons pas ce procédé, ni la modification due à Escat. Nous renvoyons pour les figures et les détails à l'article paru dans la *Presse médicale* du 30 août 1902 et à notre Thèse.

Il existe un autre mode de suture des piliers, proposé par Burkard, c'est l'*opération de Nikoladoni*. Elle consiste à arriver par voie externe sur le moignon tonsillaire. On fait disparaître la loge en cousant ensemble les deux piliers rapprochés l'un de l'autre et la paroi latérale du pharynx. Burkard considère ce procédé comme supérieur à la ligature de la carotide, « qui a donné de mauvais résultats ».

C'est une intervention des plus *difficiles*, plus difficile peut-être que la ligature de la carotide, nécessitant comme elle l'assistance d'un aide, une asepsie parfaite et l'anesthésie générale, toutes conditions rarement réalisables dans une intervention extemporanée.

Lorsqu'on aura épuisé vainement tous les moyens nombreux que nous avons énumérés et que la vie du malade paraîtra gravement compromise à moins d'un arrêt immédiat du flux sanguin, on aura recours à la *ligature de la carotide*.

L'artère liée est d'ordinaire la carotide primitive, en prévision des anomalies de position et de distribution de la carotide

externe. Nous ne pouvons que renvoyer aux traités spéciaux pour la technique de cette ligature. Les résultats en sont presque toujours déplorables : anémie d'un hémisphère cérébral, convulsions, parésie et même paralysie d'un côté du corps, contractures, etc. sans compter les difficultés inhérentes à l'improvisation d'une pareille intervention.

TAMPONNEMENT DU PHARYNX. — Nous avons omis à dessein, dans ce qui précède, de parler d'un procédé conseillé par Otto von Holst : le *tamponnement hémostatique du pharynx*. Cette méthode qu'il décrit paraît très séduisante, mais a le très grand inconvénient de nécessiter la trachéotomie préalable, sous peine de voir s'asphyxier le patient soumis à ce traitement.

Pour parer à cet inconvénient et éviter une intervention qui aggrave encore le pronostic à porter sur l'avenir du malade, Escat proposait, dans un article paru le 15 novembre 1899 (*Archives méd. de Toulouse*), d'assurer la respiration au moyen d'une petite sonde œsophagienne en gomme sectionnée en biseau à son extrémité, et introduite dans le larynx ; d'assurer la nutrition par une sonde semblable placée dans l'œsophage, et de tamponner ensuite le pharynx autour de ces deux tubes.

On pourrait aussi tamponner après avoir placé une sonde dans l'œsophage, et, dans le larynx, l'*appareil de Fell et O'Dwyer* pour la respiration artificielle et l'anesthésie chloroformique ; ou bien l'*appareil à tubage de Doyen*, muni d'un tuyau de caoutchouc très rigide ou d'un tube en gomme. Nous serions en droit de donner encore la préférence à l'appareil quelque peu compliqué de *Van Stockum*, destiné à un tamponnement hermétique du larynx. Il offre peut-être plus de garanties que les précédents et tient mieux en place. Comme celui de Doyen, on l'introduit au moyen d'une pince spéciale et du doigt.

A défaut de ces appareils, la *sonde dilatatrice de Hermann von Schrötter* pour le traitement des sténoses laryngées ou le *vieil instrument de Bouchut* pour le tubage de la glotte pourraient être une ressource précieuse. Mais tous ces instruments, même après le tamponnement, doivent difficilement rester plusieurs heures en place.

Notre maître, M. Escat, cherchait depuis quelque temps un appareil réunissant toutes les conditions désirables : *rigidité absolue, fermeture hermétique du larynx, mise en place facile et maintien assuré*. L'instrument devait se composer tout d'abord de deux tubes métalliques juxtaposés. L'un allait dans le larynx et se terminait comme les tubes laryngiens pour intubation ; l'autre aboutissait à l'œsophage. Ces deux tubes, après une courbure comprenant dans sa concavité la base de la langue, étaient droits et soudés l'un à l'autre comme les deux canons d'un fusil de chasse. Ils venaient se terminer différemment, hors de la bouche, l'un d'eux devant recevoir un tuyau en caoutchouc pour l'introduction des aliments liquides.

La difficulté était de trouver l'écartement moyen à donner aux deux tubes à leurs extrémités laryngée et œsophagienne, car il était peu pratique de faire une articulation permettant de faire varier cet écartement. Nous fîmes, personnellement, quelques recherches sur le cadavre ; mais l'épaisseur des tissus séparant le larynx de l'œsophage à son origine était trop variable. En présence de cette constatation, M. Escat décida, après quelques tâtonnements, de renoncer au tube alimentaire rigide, la pression donnée aux liquides nutritifs injectés devant suffire à assurer la perméabilité d'un tuyau en gomme même comprimé par les tampons pharyngiens.

Là-dessus fut arrêté définitivement (15 octobre 1905) le dispositif que nous allons décrire.

TUBE LARYNGIEN POUR LE TAMPONNEMENT HÉMOSTATIQUE DU PHARYNX. — Cet appareil se compose de deux pièces :

1° Un tube métallique analogue au tube de Ribemont-Dessaigne pour l'insufflation chez le nouveau-né, mais de dimensions plus grandes, devant être utilisé chez des adultes ou des enfants presque toujours âgés de plus de deux ans.

La courbure est celle des instruments courants de chirurgie endo-laryngée, fabriqués en France ou en Allemagne ; les instruments anglais étant coudés à angle droit, La partie terminale ou laryngienne a la forme d'un tube à intubation dont l'extrémité est semblable à l'anse du mandrin de la canule de Krishaber.

Le collet destiné à être enserré par la glotte est surmonté

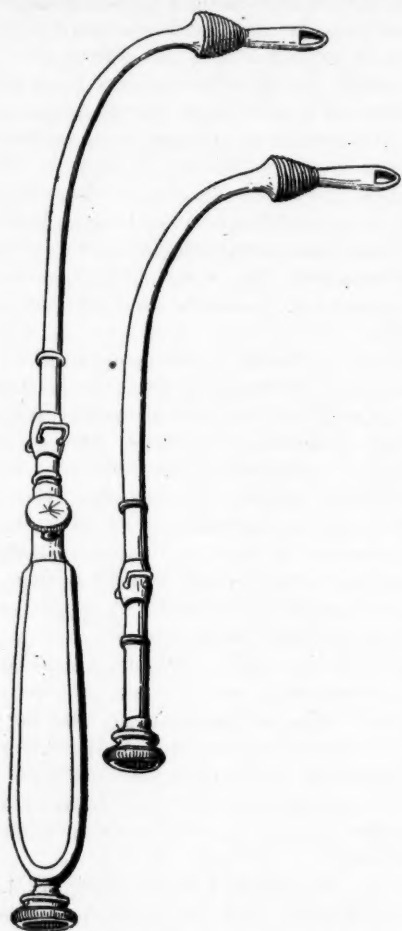


Fig. 5.
Tube laryngien pour le tamponnement hémostatique du pharynx

d'une tête conique à grande base supérieure, beaucoup plus développée en hauteur que celle des tubes à tubage pour croup.

Cette forme et ces dimensions exagérées de la tête de tube ont pour but de la rendre apte, grâce à un engagement plus ou moins profond, à obturer, ainsi qu'un bouchon à vis, des vestibules laryngiens d'âge et de dimensions différents.

La tête du tube et le segment qui la prolonge au niveau du pharynx sont dépolis et pourvus de stries circulaires, destinées à diminuer les chances de glissement du tampon sur le tube.

La diminution brusque du diamètre du tube au-dessus de sa tête sert à favoriser la contention de l'appareil dans le larynx par le tamponnement pharyngien.

La portion buccale du tube est cylindrique. Près de son extrémité externe, elle porte un curseur pourvu de deux anses et mobile sur un trajet de 4 centimètres environ. Ces deux anses servent à fixer le tube au moyen de lacs ramenés sur le pavillon de l'oreille et noués derrière la nuque. L'une d'elles sert en outre de soutien à la sonde œsophagienne. Le tube se termine par un pas-de-vis destiné à recevoir, la manœuvre du tubage terminée, un obturateur grillagé.

2° Un manche creux emboîte l'extrémité buccale du tube et s'y fixe à l'aide d'une vis de pression.

L'extrémité opposée, pourvue d'un pas-de-vis semblable à celui de l'extrémité buccale du tube, sert à fixer l'obturateur grillagé jusqu'au moment où, la manœuvre du tubage terminée, on l'enlève du manche pour le fixer sur le tube. Nous croyons inutile d'insister sur le rôle du manche creux qui constitue provisoirement un prolongement du tube pendant la mise en place de l'appareil, ainsi que sur celui de l'obturateur grillagé qui, fixé à l'extrémité du tube, prévient la pénétration de corps étrangers à son intérieur.

Nos deux gravures représentant, l'une l'instrument monté avec son manche et démonté, l'autre l'instrument en place dans le larynx, compléteront notre description.

La mise en place de l'appareil est des plus faciles. Le manche étant fixé sur le tube, l'opérateur le tient de la main droite tandis que l'index gauche va relever l'épiglotte. Le tube est alors introduit, en suivant ce doigt. Un aide quelconque pris dans l'entourage du malade maintient l'instrument en place

en le tenant par le manche, pendant que, de sa main droite devenue libre, l'opérateur introduit dans l'œsophage une petite sonde œsophagienne en gomme, en se guidant de son

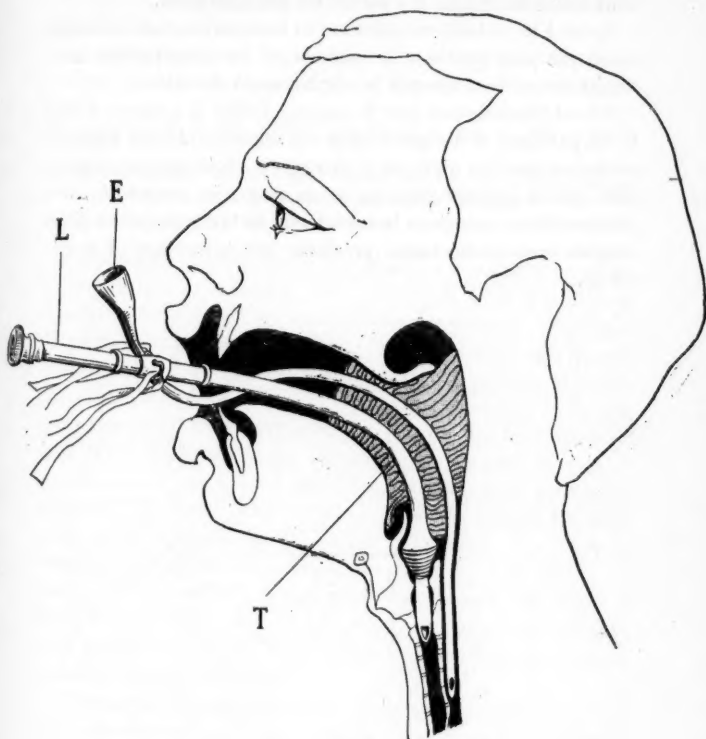


FIG. 6.

Schéma du tamponnement du pharynx, sans trachéotomie préalable.

L, Tube laryngien. — E, Sonde œsophagienne. — T, Tampons de gaze stérilisée.

index demeuré au fond du pharynx. On procède alors au tamponnement avec de la gaze stérilisée.

Le tamponnement achevé, on prend le manche des mains

de l'aide, on l'enlève doucement et on lui substitue le bouchon grillagé.

La sonde est fixée à l'une des anses du curseur et les lacs sont attachés comme il a été dit un peu plus haut.

Grâce à la mobilité du curseur, ni les mouvements de déglutition que peut esquisser le malade, ni les inspirations profondes ne peuvent amener le déplacement du tube.

Tel est l'instrument que la maison Collin a exécuté d'une façon parfaite. Il n'a pas encore été appliqué et il est même à souhaiter que l'on n'ait pas à s'en servir. Nous croyons cependant que le premier essai qu'on en fera sera couronné d'un plein succès et montrera la supériorité du tamponnement pharyngien sans trachéotomie préalable sur la ligature de la carotide.

V

UN PROCÉDÉ D'ABLATION RADICALE DE L'AMYGDALE

Par **F. FOTIADI**, médecin de l'Hôpital Français de Constantinople.
Professeur à la Faculté Impériale de Médecine.

On pratique l'anesthésie de la région. 5 à 10 centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1/2 % suffisent. Cette quantité est injectée le long des piliers antérieurs et postérieurs. On pousse l'aiguille sous un angle très aigu, immédiatement sous la muqueuse, de façon à déposer la solution entre la muqueuse et la couche musculaire des piliers. Si l'injection est mal faite le liquide fuit entre le pilier et l'amygdale ou s'écoule par les cryptes de celle-ci (1). Trois ou quatre minutes après on peut opérer. — On commence par le bout supérieur, dans la fossette sus-amygdalienne. On ouvre cette fossette à l'aide de ciseaux coudés à angle droit (ciseaux du Dr Vacher d'Orléans). On passe la branche postérieure sous l'angle des piliers et on la pousse en haut dans la fossette jusqu'au coude des ciseaux. En tirant la branche postérieure des ciseaux à soi, on forme un pli qui, bien tendu, est séparé d'un coup, les branches des ciseaux fermant d'avant en arrière.

La fossette sus-amygdalienne largement ouverte, on saisit avec une pince le pôle supérieur de l'amygdale et, à l'aide de

(1) Dans les cas où il y a en même temps des végétations à opérer, on fera en ce moment des injections retro-adénoïdiennes. A cet effet, on poussera l'aiguille à travers le pilier postérieur du voile anesthésié jusqu'au delà de la masse des végétations, au devant de la colonne vertébrale. C'est la seule méthode qui assure une anesthésie complète de la cavité du rhino-pharynx. On fait trois injections, une de chaque côté dans la région des fossettes de Rosenmüller et une au milieu entre les deux.

ciseaux courbes, on le décolle de haut en bas. On quitte alors les ciseaux et à l'aide de l'indicateur passé entre l'amygdale et le pilier postérieur on poursuit le décollement de haut en bas jusqu'à la queue de l'amygdale, et d'arrière en avant jusqu'au pilier antérieur. — L'amygdale ne tient plus que par son bord antérieur adhérent au pilier. Avec des pinces spéciales on la tire fortement vers la cavité du pharynx, en la luxant hors de sa loge. Il faut procéder alors avec des ciseaux à sa libération complète, en agissant de ce côté encore de haut en bas et en allant aussi bas que possible. Quelques coups de ciseaux suffisent pour l'enlever en entier. On facilite la libération en entamant la muqueuse du pilier antérieur. On détache ainsi avec l'amygdale à laquelle elle reste adhérente une bandelette muqueuse très étroite en haut et qui s'élargit en bas de toute la largeur du pli triangulaire.

La queue de l'amygdale descend quelquefois très bas vers la base de la langue et il devient fort difficile de la prendre en entier avec le corps de l'amygdale. Dans ces cas, il vaudra mieux en rester là, séparer l'amygdale et laisser la queue pour un second temps. Elle sera enlevée à l'aide de la pince et des ciseaux ou bien au morceleur.

Les ciseaux que j'emploie sont plus forts et un peu plus courbes que les ciseaux courbes ordinaires. La pince est à deux branches s'emboîtant l'une dans l'autre, à articulation latérale, et à fente perpendiculaire, supéro-inférieure. Elle rappelle la pince de Suarez de Mendoza ⁽¹⁾.

Je pratique ce procédé depuis plus de dix ans. Il est radical et il peut être appliqué à tous les cas indistinctement. En effet, ou bien l'amygdale est un tissu en activité, mais cette activité s'exerçant dans des conditions pathologiques devient une menace pour le système lymphatique et pour l'organisme ; ou bien elle est devenue inactive et reste dans le pharynx comme une épine. Dans l'un et l'autre cas la nécessité d'en débarrasser le pharynx devient souvent impérieuse.

(1) J'emploie depuis plusieurs années une pince analogue pour enlever les polypes du nez, le cornet moyen, effondrer et cureter les cellules éthmoïdales jusqu'au sinus sphénoïde.

Des amygdales dures, fibreuses, minuscules, qu'il faut savoir découvrir sont très souvent le point de départ d'une foule de troubles. Le malade suit des traitements locaux de toute espèce, est opéré et réopéré, cautérisé au galvanocautère plus ou moins profondément, visite des stations thermales renommées, le tout inutilement. Il ne sera délivré de ses souffrances qu'à la condition d'être radicalement débarrassé de son épine pharyngée.

C'est l'observation d'un très grand nombre de cas de cette nature qui nous a montré la nécessité de procéder radicalement. Et peu à peu nous avons été amené à appliquer ce procédé à tous les cas indistinctement.

Des complications post-opératoires, la seule à envisager est l'hémorragie. Elle n'est pas plus fréquente dans ce procédé que dans les autres ; — au contraire ; et ceci grâce au décollement au doigt.

De plus, à la fin de l'opération on a devant soi une surface nette sur laquelle on peut facilement, avec un bon éclairage, chercher le vaisseau saignant. Dans plusieurs centaines de cas je n'ai vu qu'une seule fois une hémorragie artérielle. Une petite artère parcourait l'équateur de la fosse amygdalienne, sinueuse à travers les fibres musculaires mises à nu après l'ablation de l'amygdale. Une pince hémostatique arrêta l'hémorragie.

Les hémorragies veineuses sont au contraire fréquentes. Elles surviennent soit au cours de l'opération soit plus tard. Il faut donc garder à vue et surveiller fréquemment l'opéré pendant une ou deux heures après l'opération. C'est une mesure de prudence qui doit être systématique. Il arrive que le malade avale du sang à son insu. Il en vomit des quantités assez considérables quelque temps après l'opération.

Si, pendant le décollement, la loge saigne beaucoup, on fera bien de pousser derrière l'amygdale, à demi décollée, un tampon de gaze imbibé d'une solution d'adrénaline, ou simplement d'eau très chaude et bien exprimé. En attendant, on passe au décollement de l'autre amygdale.

Ces hémorragies veineuses peuvent provenir de l'angle supérieur de la fossette, du pilier postérieur, du fond de la loge

ou du pilier antérieur qu'il faut récliner pour en bien voir la face amygdalienne. On examinera soigneusement toute la surface cruentée. On cherchera le vaisseau saignant pour le pincer à l'aide d'une longue pince hémostatique.

Si le sang vient en nappe on fera faire des gargarismes très chauds ou glacés ; on exercera de la compression avec de gros tampons — ou bien on fera des injections d'adrénaline dans la masse des piliers, ce qui évite la compression gênante et douloureuse pour le malade, ennuyeuse et fatigante pour le médecin.

On évitera systématiquement d'opérer peu de temps après une poussée inflammatoire. Le décollement de l'amygdale est alors laborieux et la fosse amygdalienne saigne abondamment.

Ce procédé est-il nouveau ? Je le pense ; du moins tel que je l'ai décrit dans son ensemble et proposé comme procédé à appliquer à tous les cas indistinctement.

RECUEIL DE FAITS

I

PYOLABYRINTHITE CONSÉCUTIVE A UN CHOLESTÉATOME DATANT DE TRENTE-CINQ ANS. ABCÈS LATENT DU PÉDONCULE CÉRÉBELLEUX

Par **F. FOTIADI**, médecin de l'hôpital français de Constantinople,
Professeur à l'Ecole Impériale de Médecine.

Les deux cas suivants nous ont paru présenter des particularités cliniques assez intéressantes pour justifier leur publication.

I. — M^{me} A. K..., 52 ans — de Rodosto. Suppuration de l'oreille droite datant de 35 ans. Pus en petite quantité et fétide. Il y a deux mois, à la suite de fatigues excessives et prolongées (pèlerinage à Jérusalem), l'écoulement devient plus abondant. Un peu plus tard, des bourdonnements très forts apparaissent dans l'oreille, absolument sourde depuis des années ; six semaines plus tard, vomissements et vertiges ; accès de palpitations et lipothymies fréquentes, mais de très courte durée. — Un examen minutieux de l'oreille, au moment de notre première visite, était impossible.

Une première fois, l'introduction du spéculum, et un peu plus tard une tentative de lavage de l'oreille provoquent des troubles de l'équilibre. C'était comme une poussée invisible qui jetait la malade du côté opposé à l'oreille malade avec une telle intensité que son mari et son fils, qui assistaient à l'examen, sont à peine arrivés à la maintenir sur la chaise. Opérations dans les 24 heures

Derrière le pavillon, une cicatrice large et très longue, monte de l'apophyse mastoïde vers le vertex. A l'incision on constate que la paroi osseuse n'existe pas; une bouillie fétide apparaît sous la peau épaisse et dure. Après nettoyage, nous constatons que cellules mastoïdiennes, antre, paroi postérieure du conduit, caisse et attique ne forment qu'une large cavité. C'est un auto-évidement des plus complets, exécuté de longue date par les progrès d'un cholestéatome. La paroi interne de cette cavité est lisse; nulle part on ne trouve de carie, ni de fistule. Seule une grosse granulation occupe la région du promontoire. Nous n'y touchons pas. Léger pansement à la gaze stérile. Détente; pas de vomissements, pas de vertiges; les bourdonnements cessent, l'appétit revient. Le sixième jour la malade dit que le pansement la gêne et demande qu'on le lui change. Aspect de la cavité excellent, pas de pus. Malgré des pansements journaliers, la malade ressent de la gêne, de la tension dans l'oreille et dans la tête.

Cinq jours plus tard, nous constatons du pus fétide, tout autour de la granulation au devant des fenêtres. Lorsqu'on presse sur cette granulation, la malade se sent subitement défaillir, le cœur lui bat très rapidement, une lipothymie se dessine (sans vertige), elle pâlit. La plaie devient exsangue.

Les jours suivants, la malade se plaint d'un goût aigre; tout, même l'eau qu'elle boit lui paraît très aigre. Voile du palais intact.

Inappétence; légers frissons vers le soir; (38°) tête lourde; somnolences.

Cet état dure quatre semaines, puis la fièvre cesse (36,5, 36,7), l'appétit revient, la paralysie faciale disparaît entièrement.

La suppuration diminue lentement, mais ne cesse tout à fait qu'un an plus tard.

La cicatrice derrière l'oreille, cicatrice d'une large incision (faite par le Dr Karatheodory Paeha il y a vingt-sept ans) nous montre que la destruction de la paroi osseuse de l'antre et de la mastoïde était consommée dès lors. A ce moment la malade s'est trouvée, paraît-il, fort mal.

La fusée purulente ouverte, la résistance osseuse vaincue, le cholestéatome a cessé de grandir, l'oreille s'accommode à cet état: la suppuration, d'ailleurs très peu abondante, continue pendant vingt-sept ans. — Puis subitement l'oreille interne est atteinte. En effet, les symptômes que la malade présentait

au moment où elle est venue nous consulter, montraient que la paroi labyrinthique avait cédé; bourdonnements dans une oreille sourde depuis tant d'années et si forts que la malade disait « avoir une boutique de chaudronnier dans la tête », troubles de l'équilibre excessivement intenses, vomissements au point que l'eau même était rejetée. Tout cet ensemble de symptômes montrait que le labyrinthe était envahi. Les palpitations et les lipothymies indiquaient plutôt un retentissement vers le bulbe. Une simple otopyéxis nous paraît tout à fait improbable.

L'intervention a montré qu'elle ne saurait être en cause, et que l'envahissement du labyrinthe a continué après l'intervention : la paresthésie gustative et la paralysie faciale nous montraient le facial atteint à la hauteur du ganglion géniculé. Les suites ont justifié notre attitude après l'intervention. Alors que la paresthésie gustative et la paralysie faciale se dessinaient, je me suis borné à curetter la granulation qui occupait la région des fenêtres, pour faciliter l'écoulement du pus labyrinthique. Mais on aurait pu parfaitement se croire en droit d'ouvrir largement le labyrinthe. Quelles auraient pu être les suites de cette intervention?

Preuve, s'il en fallait, pour montrer encore une fois combien sont grandes quelquefois les difficultés de la pratique dans de pareils cas.

II. — *Abcès latent du pédoncule cérébelleux.* — Lambrinie..., 21 ans, servante, originaire des îles de l'Archipel, vient me consulter pour une paralysie faciale droite. Otite purulente depuis son enfance. Il y a un mois, la paralysie faciale s'est rapidement installée, précédée et accompagnée de maux de tête, de vertiges et de vomissements bilieux. (Le médecin qui la soignait en ce moment aurait pensé à l'influenza.) La malade, vite rétablie, reprend son service, tout en continuant à souffrir un peu de la tête.

Je la vis un mois plus tard. Examen très sommaire, la malade étant pressée de rentrer pour son service. L'oreille droite coule depuis l'enfance : suppuration peu abondante, pas fétide. Un petit polype aurait été enlevé par un confrère.

J'explique à la malade la gravité de son état, et la nécessité d'une opération immédiate. Je ne la revois qu'après un mois, à la

consultation de l'hôpital français. La dame qui l'accompagnait me raconte que la malade, durant ce mois, a fait son service tout en se plaignant un peu de la tête. Les trois derniers jours elle a eu de nouveau des vertiges, des vomissements bilieux et des maux de tête intenses — fièvre 39°.

Malgré cela, la malade ne présente pas l'aspect d'une personne dont l'organisme est profondément atteint.

Elle est opérée le jour même de son entrée — 10 mai 1905.

Evidemment pétro-mastoïdien complet, grande cavité facile à observer dans tous ses détails.

Soir de l'opération 38°. Défervescence deux jours plus tard, qui dure 30 heures à peine et sans détente dans l'état général.

Puis la température commence à monter. Maux de tête intenses, siégeant à gauche, du côté opposé à l'oreille opérée; vomissements bilieux, pupille paresseuse, pouls irrégulier, changeant de fréquence souvent dans la journée (tantôt 80, tantôt 110 et plus).

Une ponction lombaire n'amène que trois à quatre gouttes d'un liquide clair. Nouvelle ponction le 17; elle n'amène absolument rien. L'état s'aggrave. — raideur de la muque. Le 19, j'ouvre largement la fosse cérébelleuse et la loge temporale, et je dégage le sinus; paroi de celui-ci et dure-mère absolument normales. Néanmoins, je fais des incisions profondes dans la masse cérébelleuse. L'état s'aggrave continuellement. Les pupilles ne réagissent plus. L'examen du fond de l'oreille ne révèle rien. Signe de Kernig. Une nouvelle ponction lombaire n'amène rien.

La malade meurt le 25, dans le coma, ayant eu quelques convulsions au membre inférieur gauche.

Autopsie le 26, le matin (dans des conditions difficiles).

Presque pas de liquide cérébrospinal. Exsudat purulent crémeux adhérent — de la base du cervelet au chiasma.

Aucune réaction inflammatoire dans les parties incisées de la substance cérébelleuse.

Nous gardons le cerveau pour faire des coupes le jour suivant. En faisant des coupes en série à partir de la moelle allongée, je découvre dans la masse du pédoncule cérébelleux droit, et au niveau de la sortie du facial, un abcès un peu plus gros qu'une noisette. Pus verdâtre, crémeux, sans membrane enkystante.

Avec des symptômes beaucoup moins bruyants que dans le

premier cas, nous voyons ici l'infection atteindre l'oreille interne et la franchir. Il paraît du moins impossible de démêler dans l'ensemble des phénomènes du début (huit semaines avant l'opération) des symptômes spéciaux de localisation intracrânienne. Invasion labyrinthique et abcès pédonculaire sont couverts par les mêmes symptômes d'infection et de réaction de l'organisme. A partir de ce moment l'abcès reste latent. La malade, tout en souffrant un peu, reprend son travail. Puis nouvelle étape. Envahissement des méninges débutant avec le même ensemble de symptômes que l'atteinte première. L'intervention tombe donc en pleine méningite de la base. Ainsi, sans une autopsie un peu attentive le foyer cérébelleux latent restait ignoré (1).

(1) Voir pour la bibliographie : KÖRNER. — *Die otitischen Erkrankungen des Hirns*, etc., 1902, p. 175.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'OTOLOGIE ET DE
RHINOLOGIE DE PARIS

PRÉSIDENTE DE M. G. GELLÉ

Séance du 12 janvier 1906.

A. CASTEX. — La laryngotomie sans canule. — L'auteur rapporte deux observations récentes de laryngotomie pour épithélioma et condylomes syphilitiques, opérations qu'il a pu mener à bien sans employer la canule trachéale ni pendant, ni après l'intervention. Il reproche, en effet, à cette dernière manœuvre de compliquer la technique, d'agacer la trachée et de provoquer une toux particulièrement nuisible ; de gêner l'expulsion du sang et des mucosités qui encombrent la trachée, d'être une cause d'infection et de laisser une cicatrice plus apparente.

Néanmoins, il ne la prescrit pas d'une façon absolue, mais il la tient pour un pis aller.

Il insiste d'ailleurs sur l'utilité du drain inséré sous les sutures cutanées pour assurer l'issue de l'air et de la salive qui viennent parfois envahir la région pré-laryngée.

GEORGES LAURENS. — Je pense comme Castex qu'il est préférable de se passer de trachéotomie comme manœuvre préalable à la laryngotomie. Les inconvénients en sont multiples : infection pulmonaire, infection de la plaie, etc... Mais il est souvent nécessaire d'y recourir comme opération de nécessité au cours d'une thyroïdectomie, pour peu que l'intervention endo-laryngée soit longue (section d'un rétrécissement, autoplastie, etc.), ou hémorragipare (épithélioma, etc.). Mais alors, on peut et on doit supprimer la canule aussitôt l'opération terminée, en ayant soin de drainer les téguments avec un tube de caoutchouc, de façon à éviter l'emphysème.

L'intervention faite sur un plan incliné permet de supprimer

la trachéotomie, en évitant la chute du sang dans les voies aériennes.

BOURGEOIS. — Je ne puis que confirmer l'opinion de Laurens sur la position en plan incliné. J'ai vu au cours d'une intervention (trachéotomie rapide) la trachée se remplir par un flot de sang veineux. Le malade serait mort asphyxié, comme un noyé, si je n'avais eu l'idée de placer le malade la tête en bas.

CAUZARD. — Je considère également le plan incliné comme bien supérieur à toutes les canules-tampon.

Je demanderai à Castex quelle a été la longueur de l'incision sur les anneaux trachéaux, d'une part, et sur la paroi antérieure du vestibule laryngée, d'autre part. Cette incision atteint-elle l'épiglotte? Je pose cette question pour savoir quelle voie ont suivi les aliments dans la deuxième observation, et si c'est la voie glosso-épiglottique.

CASTEX. — J'incise exclusivement le cartilage thyroïde et les deux membranes thyro-hyoldiennes et thyro-cricoldiennes; j'obtiens ainsi une ouverture suffisante pour bien voir dans le larynx.

MOUNIER. — Syphilis nasale à marche progressivement destructive. Mort du malade. — Cas de syphilis nasale tertiaire qui, malgré tous les traitements employés chez un homme de 36 ans, non alcoolique, a évolué jusqu'à la mort par destruction de la charpente osseuse du nez (cloison et os propres) et de la voûte palatine.

La seule explication admise par tous les consultants qui ont vu ce malade, pour expliquer la gravité du cas, est l'absence de tout traitement pendant les trois premiers mois de la maladie.

Les frictions mercurielles, l'iodure de potassium, les injections de calomel, d'huile grise, de sels solubles, n'ont rien donné; l'iodipine a semblé fournir une amélioration considérable, mais éphémère. Le patient s'est éteint cachectique avec des douleurs atroces que calmaient seulement la morphine et l'héroïne en injections sous-cutanées. L'auteur lui avait extirpé, en plusieurs fois, une grande partie des fosses nasales et de la voûte palatine nécrosées.

COURTADE. — Un facteur de gravité dans le pronostic de la syphilis est le séjour antérieur du malade dans les pays chauds. On a remarqué depuis longtemps que la syphilis contractée dans les pays chauds ne devient grave que si le malade quitte les pays chauds, ou encore si la syphilis a été contractée en pays froid après avoir habité les régions torrides.

MAHU. — Peut-être y aurait-il lieu d'ajouter la raison suivante : Tant qu'on n'a administré au malade que le traitement mercuriel seul, on n'a pas eu de résultat, parce qu'il s'agissait d'une syphilis nasale. On dirait (et j'ai des faits probants à l'appui) que le traitement de la syphilis nasale tertiaire exige l'emploi de l'iodure.

G. GELLÉ. — J'ai pu observer chez un syphilitique subissant un traitement spécifique intensif pour une gomme du larynx, une gomme linguale qui évolua malgré le traitement. L'iodure fut associé au mercure sans résultat. A l'appui des affirmations de Courtade, je puis dire que mon malade avait habité les pays chauds (Haïti) et avait presque constamment, depuis vingt ans, des accidents secondaires bucco-pharyngés ; il avait été fumeur et ne fumait plus depuis plusieurs années.

BOURGEOIS. — La localisation d'accidents tertiaires, là où des accidents secondaires ont été nombreux et graves, est aujourd'hui très intéressante, car on dit que les accidents tertiaires sont dus à des colonies qui ont sommeillé localement depuis la période secondaire.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. — 1° COURTADE présente un nouveau modèle en métal de son *pneumodographe* (appareil propre à prendre et à fixer sur papier spécial l'empreinte de l'expiration forcée des fosses nasales), primitivement en verre. Ce modèle est moins sensible que le précédent, mais il est plus portatif et plus léger.

2° CAUZARD présente deux seringues, l'une pour les fosses nasales, l'autre pour la trachée, dont le principal avantage est l'adaptation du piston de verre qui a rendu si pratique la seringue pour injections hypodermiques.

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES (1)

Séance du 5 mai 1905.

Président : Charters J. Symonds.

DONELAN. — Occlusion presque complète de la narine gauche par déviation traumatique de la cloison. — Wagget et Herbert

(1) Compte-rendu, par H. BOURGEOIS, d'après *Journal of laryngology*.

Tilley sont d'accord pour conseiller la résection sous-muqueuse de la cloison; dans un cas analogue Pegler s'est bien trouvé de l'opération de Moure.

SIR FÉLIX SEMON. — **Atomiseur pour pulvériser de la vaseline liquide.** — Semon présente l'atomiseur de Vilbiss pour pulvériser de la vaseline liquide, il s'en est bien trouvé dans la rhinite atrophique. Ces pulvérisations d'huile sont d'un bon effet contre la sécheresse et les croûtes.

LAMBERT LACK. — **Angiome du palais.**

DUNDAS GRANT. — **Diverticule pharyngé s'ouvrant dans la fosse piriforme.** — La malade se plaignait de difficulté pour avaler; elle ne pouvait plus avaler que des liquides et des bouillies. A l'examen, on constatait un pharynx et un œsophage normaux mais la fosse piriforme droite était remplie d'un liquide spumeux; d'autre part, contre la moitié droite du cartilage thyroïde existait une tuméfaction allongée ressemblant à des ganglions hypertrophiés et transmettant les battements de la carotide. Si on exerçait une compression sur cette tuméfaction, on augmentait la quantité du liquide constaté dans la fosse piriforme. La malade racontait qu'il lui arrivait de regurgiter des parcelles alimentaires plusieurs heures après les repas. On pensa à un diverticule pharyngien, on en chercha l'orifice avec la sonde mais sans succès. On fit radiographier la malade avant et après ingurgitation d'un lait de bismuth, et dans la seconde photographie on peut voir une zone d'opacité correspondant à la tuméfaction et n'existant pas sur la première radiographie. Ceci semble bien confirmer le diagnostic.

SCANES SPICER. — **Ostéomyélite subaiguë du frontal avec empyème du sinus frontal droit.** — La maladie débuta par la douleur au-dessus du sourcil droit et du gonflement de la paupière le 6 janvier.

Le lendemain, névralgie violente, obtrusion complète de l'œil par le gonflement des paupières.

Le 10 janvier, la malade est toujours dans le même état, l'on constate en plus l'épaississement et de la douleur au niveau de l'arcade orbitaire droite.

Obscurité complète du sinus à droite. Pas de pus dans le nez

mais un cornet moyen gonflé et rouge ; impossible de pénétrer dans l'infundibulum.

La sinusite paraissant être une sinusite aiguë, on se contente d'abord d'application de glace et d'inhalations mentholées. Après quatre jours d'état stationnaire on résèque la tête du cornet moyen et deux petits polypes qui se trouvaient par derrière dans les cellules ethmoïdales ; on ne put davantage cathétériser l'infundibulum.

Comme au bout d'une semaine il n'y avait aucune amélioration, on se décida à ouvrir le sinus. On trouva un os spongieux infiltré d'une substance analogue à la moelle osseuse et sanguinolente. Il fallait ainsi traverser une épaisseur d'os d'au moins un pouce avant de tomber sur un sinus extrêmement petit et rempli d'un pus jaunâtre.

On dut réséquer l'os malade sur toute la largeur de l'orbite, l'opération fut terminée à la manière ordinaire et les suites furent normales.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est la disproportion entre l'étendue des lésions d'ostéomyélite et la petitesse du sinus.

Séance du 2 juin 1905.

Président : Charters J. Symonds.

BERWEL. — Ulcération tuberculeuse de la cloison chez une phthisique.

W. H. KELSON. — Pemphigus (?) du pharynx. — Femme de 47 ans, présentant sur les amygdales et le voile du palais des taches blanchâtres reposant sur un fond rouge et qui durent depuis cinq mois.

Ce cas rappelle des cas analogues présentés à la Société en 1903 et 1904. Ses principaux caractères sont les suivants :

L'affection est plus ou moins symétrique et ressemble beaucoup à la syphilis secondaire au début.

Le traitement anti-syphilitique est sans effet, il n'y a aucun antécédent ni aucune trace de syphilis.

L'évolution est chronique, la durée est longue, généralement plus d'un an ; les lésions sont superficielles et ne laissent pas de cicatrices et il n'y a pas de vésicules.

L'affection s'accompagne de douleurs, de brûlures qui sont variables, disparaissant pour réapparaître.

Havilland Hall pense qu'il s'agit d'herpès du pharynx. Lambert-Lack estime qu'on ne doit pas éliminer complètement l'idée de syphilis. Symonds penche pour du pemphigus.

SMURTHWAITE. — Cancer du larynx chez un homme de 55 ans. — Le laryngoscope révèle un épaississement et un aspect végétant de la corde vocale droite qui se distingue mal de la corde vocale supérieure elle-même infiltrée. La corde vocale gauche à sa partie moyenne présente une légère apparence d'infiltration.

Smurthwaite a fait une biopsie qui a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux.

Sir Félix Semon considère que, cliniquement, le cas est un épithélioma évident ; la thyrotomie s'impose sans délai, avec ablation de la corde vocale droite. Il y a probablement un épithélioma de la corde vocale gauche. Ce serait un de ces cas rares d'auto-inoculation sur lesquels Shattock et lui ont attiré l'attention. Au cours de l'opération on jugera s'il s'agit d'un épithélioma et on agira en conséquence.

Saint Clair Thompson pense qu'il n'y a pas d'épithélioma sur la corde gauche mais conseille en tous cas l'exploration digitale au cours de la thyrotomie qui donnera un renseignement précieux.

ATTWOOD THORNE. — Paralysie récurrentielle gauche avec mydriase de l'œil gauche consécutive à un rétrécissement mitral et à une dilatation de l'oreille gauche.

LAMBERT-LACK. — Végétations adénoïdes chez un homme de 59 ans. — L'ablation fut suivie d'une amélioration considérable de la surdité. La tumeur enlevée semblait du tissu adénoïde normal et elle est d'un volume considérable.

CHARLES PARKER. — Infiltration étendue du pharynx avec une petite ulcération. — L'affection remonte à trois mois et la santé générale est bonne. Le pharynx présente une grosse tuméfaction des amygdales des piliers postérieurs et des parties latérales du pharynx avec maximum à gauche.

Sur cette zone tuméfiée il y a un semis de petits dépôts jaunâtres analogues à des grains de millet qui s'étendent jusqu'au bord libre du palais mou et sur la luette. A l'union du palais mou et du palais dur on voit une ulcération très superficielle. L'aryténoïde

gauche est très œdémateux, le droit l'est un peu. Il y a des antécédents douteux de syphilis récente.

Pegler penche pour une lésion tuberculeuse ; Spicer pour la syphilis, ainsi que Saint-Clair Thompson.

SOCIÉTÉ OTOLOGIQUE DU ROYAUME-UNI⁽¹⁾

Réunion du 6 mars 1905.

W.-C. BULL. — Un cas d'abcès cérébelleux consécutif à une otite aiguë. Guérison. — Garçon de 8 ans atteint d'otite aiguë depuis trois semaines avant son admission à l'hôpital. Vomissements, torpeur mais état conscient, violentes douleurs derrière l'oreille, pas de névrite optique, pas de nystagmus, fièvre, pouls rapide. Trépanation de la mastoïde, abcès périsinusal ; ponction aspiratrice dans le sinus latéral ; on retire du sang, le lendemain la fièvre remonte, il y a un frisson ; ligature de la jugulaire, ouverture du sinus qui saigne, immédiatement en arrière du sinus, la dure-mère paraît bomber on l'incise, pas de pus. Pendant quelques jours l'enfant est assez bien mais avec une température vespérale élevée, vomissement une fois par jour. Treize jours après la seconde opération, l'enfant étant toujours dans le même état, on le chloroforme et on explore la plaie, une petite hernie du cervelet s'était formée et en l'excisant on ouvre un abcès cérébelleux contenant deux drachmes de pus, drainage. Vomissement encore pendant huit jours puis guérison progressive et complète. L'auteur insiste sur la rareté des abcès à la suite d'otite aiguë et sur l'absence de phénomènes cérébelleux.

ARTHUR WHITEHEAD. — Emphysème (?) de la membrane du tympan. — Il s'agissait d'une femme qui présentait un peu de surdité à la suite d'une rhino-pharyngite. On fit le cathétérisme qui ramena l'audition à la normale et on constata sur le segment postérieur de la membrane deux petites vésicules contenant de l'air qui, au bout d'une heure, étaient encore identiques à elles-mêmes.

(1) Compte-rendu, par H. BOURGEOIS, d'après *Journal of laryngology*.

Yearsley demande s'il ne s'agissait pas tout simplement d'une otite exsudative avec bulles d'air dans le liquide.

Whithead répond que les vésicules étaient bien sur la surface de la membrane et non en dedans d'elle.

RICHARD LACKE. — Ablation d'une partie du limaçon de la paroi externe du vestibule et du canal semi-circulaire horizontal en vue de guérir les bourdonnements et les vertiges. — La surdité complète pour la parole et les bourdonnements dataient de sept ans (il s'agit d'une jeune fille de 26 ans) ; il y avait aussi des vertiges avec chûtes en avant.

Etant donné l'échec de tous les traitements (ponction lombaire exceptée, trad.) on résolut de tenter une opération, 4 avril 1904 : large évidemment exposant complètement la paroi interne de l'oreille moyenne, la paroi externe de la fenêtre ronde est réséquée jusqu'au limaçon en laissant le vestibule intact. La paroi externe du limaçon est attaquée avec une petite gouge et la partie inférieure du limaçon ouverte.

On ne vit s'écouler aucun liquide, juste à ce moment une échappée de la gouge sectionna le nerf facial, juste au niveau de l'angle qu'il fait pour se diriger en arrière. La malade se rétablit rapidement de l'opération et pendant deux semaines elle n'eut plus du tout de bourdonnements ; en ce moment elle passa dans les mains de Cheakle qui anastomosa le facial à l'hypoglosse, le résultat de cette dernière intervention fut remarquablement heureux. Le mois suivant elle fut prise de douleurs très vives au niveau de sa cicatrice, le bourdonnement était revenu aussi pénible, les attaques de vertige étaient de plus en plus graves.

Le 2 janvier 1905, ouverture de la plaie, ablation du tissu fibreux dense qui remplit la cavité. Le canal semi-circulaire horizontal est mis à nu sur presque toute sa longueur, on l'ouvre avec un petit ciseau, on résèque la totalité de la paroi externe du vestibule, la platine de l'étrier est trouvée très fortement ankylosée dans sa partie supérieure. La dure-mère est mise à nu au niveau de l'étage moyen, l'épaisseur d'os entre la face supérieure du canal horizontal et cette dure-mère n'excédant pas 4 millimètres. On enlève le tissu fibreux qui s'était formé depuis la première brèche opératoire et on résèque plus avant le limaçon jusqu'à sa seconde portion. La mince paroi qui sépare le limaçon du conduit auditif interne est effondrée et le nerf détruit aussi complètement que possible.

Les suites furent remarquables par l'absence des symptômes

observés par Milligan et par moi, c'est-à-dire qu'il n'y eut ni nystagmus ni absolument pas de vertige. De légers bourdonnements reparurent le quatorzième jour. Ils sont très tolérables et attribuables aux quelques filaments nerveux qui ont été conservés.

Ce cas montre que l'irritation des nerfs ampullaires cause le vertige mais que leur destruction complète n'en cause pas. Lacke rappelle brièvement des tentatives analogues aux siennes : Wallis a sectionné le nerf auditif sans résultat, de même Parry, Armour, au contraire, a obtenu la guérison et a eu le bonheur de ne pas blesser le facial.

ACADÉMIE DE MEDECINE DE NEW-YORK ⁽¹⁾

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE

Réunion du 24 mai 1905

La séance est consacrée à la présentation de malades.

Ed. B. COBURN. — Spasme clonique unilatéral du pharynx et du voile du palais. — La malade est une femme de 43 ans, d'origine française, qui, depuis plusieurs mois, présente de la raucité et de la fatigue de la voix, avec sensation de battements dans la gorge extrêmement désagréables. L'affection aurait débuté comme un rhume, et, actuellement encore, elle éternue fréquemment. Elle a conscience d'une sorte de contraction dans la gorge. L'après-midi, les troubles s'exagèrent : il y a plus de difficulté à parler, la douleur est plus pénible et il y a un peu d'obnubilation de la voix. Besoin constant d'avaler, quoique la déglutition des aliments chauds ou froids provoque de la toux. Douleur dans l'oreille gauche et, de temps à autre, dans l'oreille droite. Très nerveuse ; à la suite de la mort subite d'un de ses frères est restée sans connaissance pendant quarante-huit heures. Immédiatement après, aphonie subite ayant disparu après trois mois de traitement. Fièvres paludéennes ; névralgie faciale dans l'enfance, pas

(1) Compte rendu par H. CANOCH, d'après *The Laryngoscope*.

de lésions organiques du poumon ni du cœur. A l'examen du pharynx on constate que la moitié gauche de sa paroi postérieure ainsi que la partie correspondante du voile du palais sont animées de contractions cloniques très rapides. Ces contractions sont irrégulières, mais se produisent cent et cent cinquante fois par minute.

La ménopause s'est produite il y a un an.

Discussion.

LADERMANN a remarqué que les contractions sont atténuées par la compression de la paroi postérieure du pharynx au moyen des doigts.

QUINLAN insiste sur les relations de ce trouble et de la ménopause. Il connaît deux cas de cette affection étant survenus vers l'époque de la ménopause : l'affection disparut lorsque la ménopause fut définitivement établie.

HARRIS. — **Pachydermie laryngée d'origine douteuse.** — Il s'agit d'un cas d'épaississement de la partie postérieure du larynx. Il y a en même temps de l'obstruction nasale. L'auteur, en raison de quelques râles fins perçus dans la poitrine, mais non localisés au sommet, pense plutôt à une tuberculose au début, quoique l'examen des crachats et l'examen des poumons aux rayons X soient négatifs. Pas d'antécédents syphilitiques.

HARRIS. — **Sarcome du nez.** — Jeune homme de 20 ans, présentant une tumeur volumineuse dans la fosse nasale droite ; ne s'accompagnant pas d'épistaxis et implantée probablement sur le cornet inférieur. Harris pense qu'il s'agit d'un sarcome.

Discussion.

Lederman, en raison de la présence de végétations adénoïdes dans le naso-pharynx du malade, pense qu'il faut suivre un peu l'évolution de la maladie avant d'affirmer la tuberculose.

HUBBARD pense à de la tuberculose laryngée. Il a vu un malade qui, trois ans auparavant, avait présenté des lésions tuberculeuses manifestes des sommets qui guérirent complètement. Quelque temps après apparurent les petits râles peu distincts dont parle Harris. Il mourut ultérieurement de tuberculose.

SIMPSON connaît déjà le malade. Il a examiné et fait examiner très soigneusement ses crachats sans qu'on ait pu y trouver de bacilles de Koch. Il ne croit pas à la tuberculose.

QUINLAN croit au contraire à de la tuberculose.

COFFIN. — En raison de la présence des adénoïdes dans le naso-pharynx, conseille d'attendre quelque temps encore avant de se prononcer, et de soigner le naso-pharynx pour voir comment se comportera la lésion laryngée.

A. F. KOONTZ. — **Malformation du larynx et goître d'origine traumatique.** — Une femme, en tombant, reçoit violemment dans la bouche un instrument d'acier (il y a quinze ans). Depuis, elle présente de l'enrouement lié à une ankylose aryénoïdienne. Le goître exophtalmique serait survenu trois ans après le traumatisme.

F. J. QUINLAN. — Un cas rare de difformité de la narine opérée avec succès remarquable. — Présentation de la malade.

NEWCOMB présente un spécimen de volumineux polype nasal.

NEWCOMB présente à la société un échantillon de Penghawar dont il n'a pas encore fait un emploi suffisant pour avoir une opinion définitive sur sa valeur.

DELANVAN présente des instruments pour le traitement de la pachydermie laryngée par l'électrolyse.

ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE

*Trente-septième Congrès annuel tenu à Atlantic City
(1-3 juin 1905) (1)*

ROBERT C. MYLES (New-York). — **La sinusite maxillaire.** — L'auteur n'est partisan d'une intervention large que dans un nombre limité de cas. Il a abandonné la trépanation par la fosse canine. Si l'on fait l'intervention il est de toute nécessité de drainer d'une façon permanente au moyen d'une large ouverture de la paroi interne dans la fosse nasale.

1

(1) Compté rendu, par H. CABOCHER, d'après *The Laryngoscope*.

L'opération à laquelle il s'est arrêté est la trépanation à travers le méat inférieur après ou sans résection du cornet inférieur ; et suivi de curettage de la cavité.

Une opération plus large est indiquée seulement quand on est en présence d'une des conditions suivantes : Nécrose osseuse au-dessous du périoste ou à la racine de la dent ; dégénérescence polypeuse étendue de la muqueuse ; ostéomyélite du maxillaire (caractérisée au lavage par un liquide vineux fétide contenant des grumeaux noirs de sang putréfié) ; concomitance d'ethmoïdite.

G. A. LELAND (Boston). — **Empyème chronique de l'antre d'Higmore.** — Il faut distinguer les cas graves, passibles de l'opération de Caldwell-Luc (dégénérescence polypeuse abondante de la muqueuse de l'antre d'Higmore — pseudo-cholestéatome — kystes osseux-néoplasme de l'antre causant des douleurs intenses ou des phénomènes reflexes tels que l'asthme de la migraine. Lésions ostéitiques des parois ou ostéo-myélite) et les cas moyens de beaucoup les plus fréquents, passibles d'intervention beaucoup plus parcimonieuse.

Il est classique de distinguer, dans cette catégorie de cas, deux modalités étiologiques. La sinusite peut être d'origine dentaire (carie pénétrante, abcès apical, etc.). Elle peut être d'origine nasale et liée le plus souvent, alors, à une infection grippale.

Mais l'auteur attribue un rôle très important dans la genèse de la sinusite maxillaire aux modifications de la fonction respiratoire nasale.

MAYO-COLLIER, (de Londres), a montré que, par suite de l'étroitesse des narines comparée à la largeur des choanes, la fosse nasale ne reçoit jamais la quantité d'air répondant à l'effort inspiratoire produit. Il y a donc un vide relatif dans la fosse nasale, grâce auquel l'air du sinus sort par son hiatus et se déverse dans la fosse nasale. A l'expiration, le phénomène inverse se produit et de l'air pénètre dans le sinus. On comprend donc, qu'au cas où du pus existe dans la cavité sinusale, un certain nettoyage se produise ainsi grâce aux courants d'air qui s'y produisent.

L'auteur conseille donc dans les cas de sinusites moyennes de se contenter d'assurer la liberté de la fosse nasale, tout en élargissant l'orifice du sinus dans le méat moyen.

Suivant les cas on aura à réduire le cornet inférieur (il rejette la turbinotomie en raison des nombreuses croûtes qui se déposent sur le moignon du cornet), à redresser la cloison, à en-

lever le processus unciforme de la bulle ethmoïdale trop exubérant. Dans le cas de cornets moyens comprimant trop fortement la paroi nasale externe, l'auteur conseille de le prendre entre le mors d'une pince ou du spéculum nasal de Killian, et de le reporter en dedans, progressivement jusqu'à fracture de son insertion, puis de maintenir la correction ainsi obtenue, à l'aide d'un tamponnement du méat moyen, pendant quelques jours.

Pour élargir l'orifice du sinus maxillaire, l'auteur a fait construire un crochet coupant spécial, rappelant un peu celui de Hajeck. Par l'orifice ainsi élargi on fait des irrigations à l'aide d'une sonde d'Itard trois fois par semaine.

En terminant, l'auteur condamne les ouvertures temporaires ou permanentes du sinus dans la cavité buccale : parce qu'elles ont l'inconvénient d'ouvrir le sinus dans une cavité normalement très septique, et parce que, autre inconvénient non moins désagréable, elles mêlent aux aliments la sécrétion purulente sinusale.

R. C. DUGAN. — Suppuration des cellules ethmoïdales et sphénoïdales. — Deux cas de suppurations de l'orbite consécutive à des lésions ethmoïdales et sphénoïdales sans troubles apparents du côté du nez.

C. G. COAKLEY (New-York). — Sinusite frontale. — L'auteur cherche à résoudre, d'après son expérience personnelle, les deux questions suivantes :

1^o Quelle est l'indication symptomatique de l'intervention dans les sinusites frontales ?

2^o Quels sont les résultats comparés des méthodes conservatrice et chirurgicale dans le traitement de la sinusite frontale.

A. Sinusites aiguës. — Les indications opératoires sont l'apparition de signes indiquant un drainage insuffisant et une infection intense (gonflement et rougeur de la paupière supérieure avec douleur frontale si ces symptômes ont tendance à augmenter pendant les 48 heures qui suivent la résection du tiers antérieur du cornet moyen et rétraction du méat moyen avec la solution d'adrénaline — chute marquée du plancher orbitaire du sinus — déplacement du globe de l'œil avec diplopie — douleur sus orbitaire et frontale intense ne cédant pas à l'établissement du drainage par le méat moyen).

Ces indications sont rares, sur 58 cas de sinusites aiguës, 4 seulement durent être opérées.

B. Sinusites chroniques. — L'auteur n'a jamais vu de sinusite frontale existant à l'état isolé : il y avait toujours ethmoïdite concomitante ; et souvent l'antre était atteint (soit qu'il suppurât pour son compte, ou qu'il servit simplement de réceptacle au pus venant d'en haut).

L'opération est indiquée dans les conditions suivantes :

1^o Lorsqu'il y a une abondante production de polypes indiquant la participation de l'ethmoïde. Si, dans quelques cas, l'ablation des polypes et le curettage endo-nasal accompagné de lavages du sinus a pu guérir les patients ; dans la plupart des cas ce traitement endonasal échoue.

2^o Dans les poussées aiguës au cours de la sinusite chronique.

3^o Dans le cas où l'empyème de l'antre d'Hygmore produit par la sinusite frontale, provoque une cacosmie intolérable pour le malade.

4^o Dans le cas de larges sinus avec cloisons nombreuses, révélées par la radiographie.

5^o Dans le cas de fosse nasale étroite permettant un drainage difficile.

6^o La difficulté pour le malade de se soumettre à des soins répétés ; ou son état nerveux l'empêchant de supporter les manœuvres nécessaires.

7^o Quand il y a fistule du sinus frontal.

En ce qui concerne les résultats, la statistique de l'auteur est incomplète. Elle porte sur 79 cas : 4 % guérissent par le traitement conservateur, 5 % furent améliorés par le traitement conservateur, mais non guéris, 35 % furent perdus de vue.

L'auteur apprécie comme suit les différents procédés chirurgicaux en usage :

1^o *Procédé d'Ogston-Luc.* — L'auteur n'en a pas obtenu de bons résultats. Sur 25 cas opérés par lui par ce procédé, une bonne moitié récidive.

2^o *Procédé Kuhnt.* — Il le considère comme meilleur que le précédent ; mais il ne conseille pas le drainage nasal, car on n'est jamais sûr que la cavité ne s'infectera pas à nouveau par l'intermédiaire du canal naso-frontal.

3^o *Procédé de l'auteur : opération ouverte.* — Raisonnant par analogie avec ce qui se passe après la trépanation mastoïdienne, l'auteur a eu l'idée de laisser la plaie ouverte, de tamponner la cavité opératoire, de façon à obtenir, par bourgeonnement, l'occlusion du fond du canal fronto-nasal, et, de proche en proche, de toute la cavité.

Sur 104 malades opérés par ce procédé, deux sont morts accidentellement après guérison de leur sinusite frontale, deux eurent une fistule liée à une insuffisance de curettage de la muqueuse, et guérirent par une seconde intervention ; un autre a une fistule depuis deux ans et demi. Les autres sont complètement guéris. Au total, sur 104 cas, 103 guérisons et une fistule.

L'auteur ne parle pas de l'aspect de la cicatrice après son intervention.

4° *Procédé de Killian*. — L'auteur n'a pas essayé ce procédé, étant donné les excellents résultats obtenus par le sien.

CASSELBERRY, W. E. — **Le traitement conservateur des suppurations chroniques du sinus frontal.** — Par traitement conservateur, l'auteur entend le lavage du sinus par les voies naturelles, précédé ou accompagné de la turbinotomie du cornet moyen et du curettage (par voie endonasale) des cellules ethmoïdales antérieures.

Les complications cérébrales de la sinusite frontale ne sont pas très fréquentes (Logan, Turner William, Wertheim). D'autre part, de temps à autre on assiste à l'évolution postopératoire d'ostéomyélites sérieuses du frontal ; aussi l'auteur réserve-t-il le traitement chirurgical aux cas graves (menace de complication cérébrale, ostéo-périostite, fistule, etc.). Pour les cas moyens, le traitement conservateur est seul indiqué.

JOHN O. ROE (Rochester). — **Sinusite ethmoïdale.** — Dans les ethmoïdites aiguës on se contentera d'un traitement médical.

Dans les ethmoïdes chroniques, le traitement chirurgical est indispensable.

Le diagnostic n'est pas toujours facile.

L'auteur conseille d'explorer attentivement les points d'où on peut voir sourdre une goutte de pus révélatrice.

Il a vu de nombreux cas d'ozène dus à une infection des cellules ethmoïdales et ayant cessé avec le traitement chirurgical de ces dernières. Il croit à l'origine sinusienne de l'ozène dans la plupart des cas ; l'infection ethmoïdale peut être, dans ces cas, localisée à des points très limités.

À côté de l'ethmoïdite purulente il décrit une ethmoïdite non suppurée, sorte d'ostéite ethmoïdale pouvant donner naissance, par compression, à des névralgies rebelles.

L'auteur est partisan du traitement par voie endonasale. Il préconise la pince de Grümwald à l'exclusion de la curette.

Ce n'est que dans le cas d'ethmoïdite combinée à une autre sinusite voisine qu'on aura recours à l'intervention par voie externe.

JOHN W. FARLOW. — **Sinusite ethmoïdale.** — Le symptôme le plus fréquent de l'ethmoïdite est la céphalée. Elle est fonction de compression (distension des cellules par du pus ou des fongosités, compression du cornet moyen sur la cloison par des masses polypeuses du méat, etc.).

Les indications opératoires de l'ethmoïdite sont la céphalée sévère et persistante, des troubles de la vision, le déplacement du globe oculaire, les abcès de l'orbite, l'inflammation des méninges, la nécrose syphilitique ; la dégénérescence polypeuse tenace, principalement quand elle s'accompagne de dégénérescence polypoïde du cornet moyen ; la sinusite frontale, liée à une obstruction du canal fronto-nasal par les lésions ethmoïdales ; la présence du pus dans l'antre d'Higmore provenant de l'ethmoïde ; les formes sévères et tenaces d'ethmoïde purulente s'accompagnant d'écoulement de pus dans le cavum.

L'opération par voie externe est indiquée seulement dans quatre conditions ; 1^o en cas de sinusite combinée ; 2^o en cas d'abcès de l'orbite ; 3^o en cas de complication méningée ; 4^o en cas de nécrose syphilitique.

Dans tous les autres cas l'opération doit être endonasale.

Après ablation de la tête du cornet moyen, ouverture et curetage des cellules ethmoïdales. La curette devra être maniée avec prudence, surtout au voisinage de la lame papyracée et de la lame criblée. Ce traitement suffit toujours à faire disparaître la douleur, la céphalée ; mais il peut persister un léger degré de suppuration.

GLEITSMANN G. W. (New-York). — **Sinusite sphénoïdale.** — L'auteur insiste d'abord sur la difficulté mais la possibilité de distinguer la sinusite sphénoïdale de l'ethmoïdite postérieure.

Le seul moyen est de faire un lavage évacuateur de la cavité sphénoïdale : si le pus reparait ensuite dans la fente olfactive, c'est que les cellules ethmoïdales postérieures sont en cause. Mais il pourrait y avoir coexistence de l'ethmoïdite et de sinusite sphénoïdale. Pour élucider ce problème, il faut faire un tamponnement de la cavité sinusale préalablement bien lavée, et le laisser en place plusieurs semaines, suivant que telle ou telle face du tampon sera maculée, ou que les deux faces seront maculées, et il

pourra conclure à une ethmoïdite postérieure ou à une sinusite sphénoïdale, ou aux deux à la fois.

Au point de vue clinique, il faut distinguer une forme aiguë et une forme chronique.

La forme aiguë est caractérisée par la céphalée surtout occipitale, mais qui peut être aussi frontale ou orbitaire; et par un écoulement de pus filant dans la fente olfactive et le cavum. Il peut y avoir de la fièvre et un mauvais état général. Malgré cela, l'affection guérit généralement bien par l'ouverture intra-nasale de la paroi antérieure du sinus, suivie de lavages appropriés.

Dans la forme chronique, les symptômes fonctionnels sont à peu près les mêmes, quoique moins intenses.

Localement, on constate souvent seulement la présence d'une croûte dans le cavum ou sur le cornet moyen; après l'ablation de la croûte on peut voir du pus parfois assez odorant. En outre, le cornet moyen est augmenté de volume; sur sa face septale on peut voir de petits polypes; en les écartant, ou en écartant le cornet moyen, on peut voir s'écouler du pus.

Le seul traitement de la sinusite sphénoïdale chronique, est le traitement chirurgical, la voie endonasale est insuffisante.

A plus forte raison cette voie est-elle insuffisante au cas de complications: orbitaire (Onodi); cérébrale (Dreyfus); hémorragie de la carotide interne (Scholz).

PASSMORE BERENS (New-York). — Résultats comparés du traitement conservateur, et des méthodes radicales dans le traitement des affections du sinus sphénoïdal. — Sous le nom de *procédés conservateurs*, il faut entendre tous ceux qui ont pour objet de faire différents lavages par l'ostium; même si l'on se crée une voie d'accès par une turbinotomie moyenne, ou par l'élargissement artificiel de l'ostium.

Par *procédé radical* il faut entendre tout procédé dans lequel la plus grande partie de la cavité sinusale est mise à découvert (grâce à l'ablation de la paroi antérieure du sinus) et curetée.

Dans la première catégorie de procédés, on utilise toujours la voie endo-nasale; dans la seconde, on peut utiliser également cette voie. Mais on utilisera la voie du sinus maxillaire (si ce dernier est atteint) en passant à travers l'ethmoïde, ou la voie du sinus frontal (toujours à travers l'ethmoïde) si ce dernier est en même temps atteint de sinusite.

L'auteur ne parle ni de la voie orbitaire ni de la voie parana-

sale supérieure après résection de la branche montante du maxillaire supérieur.

L'auteur a observé seulement sept cas de sinusite sphénoïdale isolée, dont deux aiguës et cinq chroniques.

Cinquante-quatre cas de polysinusites observés par lui se décomposent en 27 sinusites ethmoïdo-sphénoïdales ; 20 ethmoïdo-sphénoïdo-maxillaires ; 7 sphénoïdo-ethmoïdo-frontales.

Dans un certain nombre de cas, le pus contenu dans le sinus sphénoïdal provient de l'ethmoïde, sans que le sinus suppure pour son compte. Il y a ce qu'on a appelé en France empyème ; ou pyosinus (Killian).

De l'examen et du traitement de ces cas, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

La sinusite sphénoïdale aiguë non compliquée est justiciable du traitement conservateur, pourvu que l'ostium soit accessible par le nez.

La sinusite multiple aiguë est également justifiable du traitement conservateur sous les mêmes réserves.

Le pyosinus du sphénoïde aigu ou chronique, guérit par le traitement de la cause ; c'est-à-dire de l'ethmoidite.

La sinusite sphénoïdale isolée ressort du traitement conservateur.

La sinusite sphénoïdale associée nécessite la cure radicale.

Il faut traiter les sinusites coexistantes par les moyens appropriés ; ouvrir le sinus sphénoïdal et le curetter ; enlever non seulement les parties malades, mais toutes les parties saines avoisinantes, toutes les cellules ethmoïdales saines qui pourraient gêner le drainage du sinus. Car lorsqu'il y a formation de croûtes après l'opération, c'est grâce à la présence de ces cellules qu'elles se produisent par gêne au drainage. Enfin il faut faire l'ouverture de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal aussi large que possible, car elle a grande tendance à se refermer. Dans 3 cas l'auteur fut ainsi obligé d'intervenir à nouveau, les symptômes étant reparus.

L'auteur semble préférer la voie transmaxillaire dans le cas où l'autre est également suppurant.

BIBLIOGRAPHIE

Die postoperative Meningitis (*La méningite post-opératoire*), par ZERONI (de Karlsruhe). *Archiv für Ohrenheilkunde*, vol. LXVI, p. 199).

« Voici un malade atteint d'un écoulement d'oreille qui par lui-même ne lui cause aucune souffrance. Son médecin lui conseille une opération dont il fonde la nécessité sur la considération que ce mal, malgré son apparente insignifiance symptomatique, n'est rien moins qu'inoffensif, qu'il est destiné, au contraire, à progresser sans trêve, et qu'il comporte en lui le péril d'une complication intra-cranienne. Après consentement du malade, l'intervention est décidée et exécutée par une main éprouvée... Or, peu de jours plus tard, se déroule le tableau lamentable de la méningite ; le malade succombe à cette infection intra-cranienne dont l'opération acceptée par lui avait précisé-ment pour but de le préserver, et l'on a l'impression que c'est l'opération qui a déchainé l'infection méningée. »

Telle est la description bien suggestive par laquelle Z. ouvre son article ; et il nous montre combien de semblables faits sont de nature à déconsidérer la chirurgie otologique, non seulement dans le grand public non médical, mais aussi dans l'esprit de plus d'un médecin, et combien l'opérateur lui-même en demeure péniblement impressionné et troublé dans sa conscience, alors même qu'il s'est entouré de toutes les précautions de rigueur en pareil cas, et qu'il n'a le souvenir d'aucune faute opératoire commise. La rareté même de pareils accidents n'est pour lui qu'une demi-consolation, le caractère exceptionnel de ces désastres étant de nature à attiser ses scrupules et à éveiller en lui la crainte de quelque faute méconnue.

Z. a estimé avec raison que, puisque nous sommes les uns et les autres sous la menace de pareilles surprises, notre devoir est de ne pas fermer les yeux devant le danger, mais de chercher, au contraire, à en pénétrer les conditions pathogéniques.

Il s'est donc efforcé dans son travail à en déterminer la fréquence et le mécanisme.

L'auteur a cru devoir limiter son travail aux faits de méningite succédant à des interventions pratiquées sur le rocher dans le cours d'otorrhées chroniques, alors que le sujet ne présentait aucun signe de méningite ; mais il n'a pas jugé devoir en distraire les cas d'otites présentant au moment de l'intervention un certain degré d'exacerbation.

Il a lui-même observé cinq faits de méningite survenue en de semblables circonstances. Parcourant ensuite la littérature médicale, à la recherche de pareils accidents, il a été surpris de sa pénurie sur ce terrain. Toutefois il semble que la pénurie en question ait fait place à une richesse relative, depuis qu'à la faveur des méthodes nouvelles d'évidement pétro-mastoïdien la chirurgie auriculaire tend de plus en plus à se faire prophylactique et à s'attaquer aux formes chroniques d'otorrhée, tandis qu'auparavant elle n'intervenait guère que dans les formes aiguës ou réchauffées et extériorisées.

Le premier point fort intéressant qui se dégage des recherches de l'auteur c'est la fréquence considérable de la labyrinthite suppurée chez les sujets voués à la méningite post-opératoire. Sur le total de 40 faits rassemblés par Z. l'autopsie révéla en effet 29 fois la participation de l'oreille interne à la suppuration, tandis que dans les deux autres faits l'infection labyrinthique faisait défaut.

L'auteur passe successivement en revue ces deux catégories de faits.

A. Cas dans lesquels l'explosion de la méningite fut précédée de suppuration labyrinthique. — Dans les 29 faits en question, l'existence de la labyrinthite fut établie par l'autopsie. En comparant ces faits on constate un intervalle variable entre la date de l'opération et celle de l'apparition de la méningite. En général, l'explosion méningitique fut précoce ; dans le fait n° 7, le malade est pris d'un frisson avant la fin de l'opération et la température monte immédiatement après au chiffre de 39°,7. Dans les trois faits, 3, 11, 24, l'infection méningée se dessine déjà le soir de l'intervention ; dans 8 cas elle survient le lendemain ; dans 7, le surlendemain. Dans les dix autres faits, l'intervalle varia entre trois et quatorze jours, et trois fois seulement il dépassa dix jours. Dans tous ces faits la connexion entre l'acte opératoire et la complication intra-cranienne s'impose d'autant plus qu'aucun des opérés ne présentait avant l'intervention le moindre signe de méningite. Chez quinze d'entre eux on n'avait noté antérieurement à l'opération aucun symptôme indiquant la moindre aggravation de

l'affection auriculaire. Au contraire, dans les quatorze autres faits il est spécifié que peu de temps auparavant l'otite avait offert des signes d'exacerbation, ou que des symptômes nouveaux avaient fait leur apparition. Ces derniers consistaient en céphalalgie et en vertiges le plus souvent associés et qui survinrent par accès pendant les dernières semaines pré-opératoires. Etant donnée l'apyrexie notée pendant cette période d'exacerbation antérieure à l'opération, Z. crut devoir rapporter les symptômes en question plutôt à l'infection labyrinthique qu'à des lésions méningées initiales. Dans tous les cas, en supposant que chez quelques-uns des opérés, il existât avant l'intervention un certain état de méningite somnolente, celle-ci fut singulièrement réveillée par le traumatisme opératoire, car la marche des accidents intra-craniens se montra en général extrêmement aiguë, leur durée ne dépassant pas dans la plupart des cas une semaine, et même, dans cinq d'entre eux, 24 heures. Chez trois opérés seulement l'évolution de la méningite fut plus lente, la mort ne survenant qu'au bout de treize jours pour d'eux d'entre eux, et au bout de vingt jours pour le troisième.

Les lésions labyrinthiques relevées aux autopsies sont des plus variables, depuis l'existence de foyers, isolés des conduits semi-circulaires, du vestibule, ou d'une spire du limaçon, jusqu'à la sup-puration labyrinthique totale. Le plus souvent les lésions étaient diffuses ou généralisées. En harmonie avec la prédominance de fréquence des lésions dans le vestibule et le limaçon nous notons que le plus souvent l'infection endo-cranienne parut se faire par le conduit auditif interne. Dans un cas l'infection méningée s'opéra par l'aqueduc du vestibule, dans un autre par l'aqueduc du limaçon, dans un troisième par ces deux voies simultanément; dans 2 autres cas, la transmission de l'infection se fit à travers la capsule labyrinthique elle-même; nous voyons en effet dans l'observation I la carie du conduit demi-circulaire postérieur aboutir à l'effraction de la dure-mère de la paroi postérieure du rocher et à la thrombo-phlébite des deux sinus pétreux; et dans le fait 17, la même région de la dure-mère perforée entre le conduit auditif interne et l'aqueduc du limaçon. On voit donc, ainsi que le fait remarquer Z., que dans ces conditions les voies d'infection méningée d'origine labyrinthique sont identiques à celles que nous observons, lorsque la méningite se produit spontanément, sans l'adjuvant d'aucun traumatisme, par le fait des progrès continus de l'ostéite.

Il paraît résulter nettement de la lecture des observations col-

lectées par Z. que dans tous les cas, sauf un seul, le labyrinthe était déjà infecté lors de l'intervention chirurgicale. Cette conclusion ressort autant de l'étendue des lésions de cette partie de l'appareil auditif constatées à l'autopsie que de l'analyse des symptômes.

En revanche, il paraît incontestable que chez plusieurs opérés l'intervention provoqua une exacerbation et une extension de la labyrinthite déjà existante. Z. explique ainsi l'apparition du vertige dans plusieurs cas immédiatement ou peu de temps après l'opération.

Dans le même sens a plaidé plus d'une fois le résultat de l'examen de l'audition avant l'opération comparé à celui de l'examen cadavérique de l'oreille interne. C'est ainsi que dans 3 cas où l'autopsie révéla du pus dans le limaçon, l'épreuve auditive avait permis de noter avant l'intervention un reste d'acuité auditive (parole chuchotée perçue à 20 centimètres et plus) tout à fait incompatible avec une pareille lésion.

Z., après avoir établi l'influence au moins aggravante de l'opération sur la labyrinthite, se demande par quel mécanisme cette influence s'est exercée. Or, la réponse à cette question est fournie par la lecture des comptes rendus d'autopsies. Nous voyons en effet que dans la grande majorité des faits (dans 17 cas) il existait une communication entre le labyrinthe et le foyer opératoire. Contrairement à ce que nous observons dans d'autres circonstances, cette communication ne se montra qu'une seule fois au niveau de l'un des conduits demi-circulaires, à l'exclusion de toute autre, et cinq fois conjointement avec d'autres. Dans les faits rassemblés par Z., c'est au niveau des fenêtres et particulièrement de la fenêtre ovale que la communication en question a été relevée. Effectivement ce dernier siège de la communication tympano-labyrinthique n'est pas noté moins de huit fois. Quant à la fenêtre ronde, elle se montra ouverte deux fois isolément, et deux fois simultanément avec la fenêtre ovale.

A côté des faits précédents, il y a lieu de faire figurer les douze autres faits dans lesquels la communication entre le foyer opératoire et le labyrinthe n'est pas signalée. Pour cinq d'entre eux il est permis de supposer que l'on a pu omettre de la rechercher ; mais pour les sept autres ce soupçon n'est pas permis, car il est formellement spécifié qu'elle n'existait pas. Dans ces conditions, l'influence de l'acte opératoire sur la labyrinthite et par cette dernière sur le développement de la méningite devient assez mal aisée à expliquer. On serait tenté d'incriminer les secousses du

maillet ; mais dans 2 des cas en question, cet instrument ne fut pas employé, et l'auteur en arriva à formuler l'opinion que le traumatisme a bien pu retentir sur le labyrinthe à la faveur des voies vasculaires anastomotiques développées dans le tissu osseux enflammé de la paroi interne de la caisse.

B. Cas non compliqués de labyrinthite. — A l'exception d'un seul où l'explosion de la méningite demeura inexpliquée à l'autopsie, les onze faits composant ce second groupe offrent ce trait commun, que l'examen post-mortem du rocher révéla, outre l'absence de pus dans l'oreille interne, l'existence de foyers voisins de l'endocrane évidemment préparatoires du développement de la méningite, et qu'il eût été fort difficile, sinon impossible, de reconnaître pendant la vie.

En voici, très résumées, les lésions constitutives :

Deux fois, petite collection purulente sous-durale, au niveau du trijumeau, compliquée dans un cas de plusieurs perforations du rocher et dans l'autre de péri-sinusite caverneuse ;

Deux fois, foyer sous-dural de la face postérieure du rocher ; dans l'un de ces cas la dure-mère présentait en outre une perforation située en face d'une perforation de l'os conduisant dans le foyer opératoire ; dans l'autre le foyer sous dural situé près de l'aqueduc du vestibule communiquait par un petit trajet long et tortueux, passant au-dessus du bord supérieur du rocher, avec une cellule osseuse ouverte au cours de l'opération.

Trois fois, on trouva une simple usure avec modification de couleur et de consistance des parois sous-durales du rocher, mais sans altération apparente de la dure-mère, dans un cas, au niveau des faces antérieure et postérieure de la pyramide, dans les deux autres, au niveau du segment.

Une fois, la carotide interne fut trouvée baignant dans le pus. Dans un autre fait, c'est le sinus latéral droit qui fut trouvé entouré de pus. Or, il s'agissait d'une jeune fille dont les deux oreilles suppuraient depuis l'enfance, et c'est l'oreille gauche qui fut opérée, ce qui fait admettre à Z. que l'explosion de la méningite fut provoquée par les secousses imprimées au crâne par le maillet.

Enfin chez deux sujets, et notamment dans l'un des cas susmentionnés comme offrant une usure avec ramollissement au niveau du segment, l'autopsie révéla sur plusieurs points des épaississements avec soudure des méninges entre elles et à l'os, permettant de diagnostiquer rétrospectivement des poussées antérieures de méningite, hypothèse confirmée, au moins pour l'un des deux

sujets en question, par la notion de crises intenses de céphalée remontant à plusieurs mois dans les commémoratifs.

Chez les autres sujets, Z. ne croit pas qu'il soit admissible qu'il ait existé des lésions pie-mériennes avant l'intervention, étant donné l'état d'apyrexie antérieur à cette dernière, et d'autre part certains symptômes (tels que céphalalgie, vertige, voire même pertes momentanées de connaissance et légères modifications du fond de l'œil) notés chez plusieurs d'entre eux trouvant une explication très suffisante dans les lésions pétreuses et péri-pétreuses décrites plus haut.

Dans 3 cas seulement ces symptômes prodromiques firent défaut. Quoi qu'il en soit pour les faits de cette seconde catégorie plus encore que pour ceux de la première, le lien pathogénique entre l'intervention chirurgicale et la méningite se trouve établi par le très court intervalle écoulé entre les deux. Nous voyons en effet dans plus de la moitié des cas (dans 6) la méningite apparaître le soir même ou le lendemain de l'opération, dans 2 cas, le surlendemain, dans 2 autres, le quatrième et le cinquième jour, et une seule fois la période pré-méningitique s'élever à quatorze jours. L'évolution de la méningite développée dans ces circonstances fut en général très rapide, parfois foudroyante : l'un des opérés, pris de fièvre le soir même de l'intervention, succomba dès le lendemain ; quatre autres meurent au bout de trois jours ; 3 autres cas évoluent en six et sept jours ; 2 autres en treize et quinze jours. Une seule fois la marche de la méningite fut remarquable par sa lenteur : la mort ne survint qu'au bout de trente-trois jours.

Le transport des germes infectieux de l'espace sous-dural dans l'espace sous-arachnoidien s'explique évidemment tout naturellement dans le cas où il existait une perforation de la dure-mère ; mais ce cas est unique ; pour les autres, Z. invoque le rôle connu des gaines péri-vasculaires et nerveuses.

Nous avons dit plus haut que dans un seul cas l'autopsie n'avait révélé aucun de ces foyers voisins de la dure-mère, qui chez les autres avaient paru préparer la méningite. Ce fait concernant un jeune homme de 17 ans (Hermann Minning), observé par Grunert, présente des particularités assez instructives pour que nous croyions devoir le résumer ici : Otorrhée gauche depuis l'âge de 8 ans. Fongosités dans l'attique ; céphalalgie et douleurs d'oreille avec vertige, depuis peu de temps, Evidemment pétro-mastoidien, le 8 novembre. Le 21 mars suivant, il n'était pas encore guéri : tendance rebelle à la formation de fongosités ; peu de ten-

dance à l'épidermisation; après chaque pansement, crises prolongées de céphalée dans la tempe gauche. A cette date, grattage de fongosités de l'aditus sous le bromure d'éthyle; dès le soir même de cette petite intervention, apparaissent les premières manifestations de la méningite qui toutefois n'aboutit à la mort qu'au bout de trente-trois jours.

Z., rapprochant ce fait d'un autre de sa première catégorie, où la labyrinthite ne fut établie que par l'examen histologique de l'oreille interne, émet l'hypothèse, que peut-être le labyrinthe était infecté aussi dans ce dernier cas, et que c'est par lui que se fit le passage des germes à l'endocrane. En fait, l'audition du côté opéré se montra très abaissée même avant l'intervention.

Naturellement une grande partie du travail de Z. est consacrée à rechercher le mécanisme de l'influence de l'acte opératoire sur le développement des accidents méningitiques.

Il fait remarquer que dans la très grande majorité des faits rassemblés par lui, le foyer tympano-antral opéré se compliquait de l'existence d'un autre foyer, labyrinthique ou sous-dural, non diagnostiqué et par suite non ouvert au cours de l'intervention. La plupart de ces derniers, observe-t-il judicieusement, communiquaient bien avec le foyer opératoire, mais par une fistule étroite, c'est-à-dire suffisamment pour subir l'infection du dehors, mais pas assez pour se trouver de ce fait dans des conditions de bon drainage; or, si le pus pouvait s'écouler tant bien que mal au dehors par la fistule en question, avant l'opération, il est fort possible que cette dernière en ait brusquement déterminé l'occlusion, soit par suite du gonflement des tissus consécutif à toute intervention, soit par le fait du tamponnement du foyer, et il arrive à cette conclusion que, pour les faits de la seconde catégorie au moins, la découverte et l'ouverture large du foyer extra-auriculaire auraient eu grandes chances de conjurer les accidents mortels. Pour les faits de la première catégorie il se montre plus réservé, étant donnée l'extrême difficulté que l'on éprouve à ouvrir assez largement les cavités labyrinthiques pour les mettre dans de sérieuses conditions de drainage: aussi est-il d'avis de ne s'attaquer à elles qu'après constatation nette, au cours de l'évidement, d'une fistule de la paroi profonde de la caisse et d'écoulement de pus à son niveau, ou bien en présence d'un faisceau de symptômes permettant de conclure avec une presque certitude à des phénomènes de rétention intra-labyrinthique. Mais il montre de nouveau combien difficile est un pareil diagnostic en dehors de la constatation de la fistule révélatrice et combien trompeur est notamment en pareil cas le résultat des

épreuves de l'audition. On aura plus de chance de pouvoir soupçonner avant l'opération l'existence d'un foyer sous-dural, en présence de certains symptômes subjectifs tels que céphalalgie, vertiges, notés dans les commémoratifs de la plupart des malades qui font l'objet du travail de Z. Malheureusement, observe-t-il, comme il est établi que de semblables symptômes disparaissent souvent à la suite du simple évidement pétro-mastoïdien, on a tendance à compter sur cette éventualité, et trop fréquemment la marche foudroyante des accidents qui se déroulent ensuite ne laisse plus au chirurgien le temps de les prévenir.

Si par bonheur et par exception les accidents post-opératoires n'ont pas cette allure suraiguë et si l'on dispose de quelque répit pour suivre et observer attentivement la marche des choses pendant les quelques jours qui suivent l'intervention, la persistance, après cette dernière, des symptômes subjectifs sus-mentionnés constitue un avertissement qui ne doit pas être perdu. Alors aucun retard ne sera apporté à désaturer la plaie, si elle a été complètement ou partiellement réunie, à reviser ou à inspecter dans ses moindres anfractuosités le foyer osseux, et à rechercher notamment l'existence de quelque trajet fistuleux susceptible de servir de fil conducteur jusqu'au foyer extra-tympanique soupçonné.

Il est deux points relatifs à la pathogénie des accidents méningitiques post-opératoires que l'auteur n'a pas négligé d'étudier : l'influence nocive possible de la gouge et du maillet, d'une part, et d'autre part celle des manœuvres opératoires pratiquées au niveau de la paroi profonde de la caisse si richement pourvue de portes d'entrée pour l'infection vers le labyrinthe et de là vers l'endocrâne.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, Z. n'attribue qu'une part très relative à l'ébranlement dû à la gouge et au maillet dans la genèse de la méningite post-opératoire, puisque dans plusieurs des faits observés ou rapportés par lui ces instruments ne furent pas employés. Nous rappelons pourtant qu'il incline à incriminer les secousses du maillet dans un cas relaté par Gradenigo, concernant un malade porteur d'une otorrhée double et opéré d'un seul côté, et chez qui la méningite éclatant le lendemain même de l'intervention (alors qu'il n'existait auparavant aucun symptôme d'infection méningée) parut avoir eu pour point de départ une péri-sinusite latérale du côté opposé à l'intervention.

Quoi qu'il en soit, il recommande, en vue de diminuer les chances d'une semblable occurrence, de manier les instruments en question sans violence, en s'appliquant à ne détacher que de

minces copeaux à la fois et en évitant surtout de manier la gouge à la façon d'un coin ou d'un levier.

Frappé de cette double constatation que : d'une part, dans la plupart des faits rassemblés par lui, il existait une communication fistuleuse entre la caisse et le foyer secondaire, labyrinthique ou non, ayant servi à la transmission de l'infection aux méninges ; d'autre part, que dans cinq de ces faits (dont quatre déjà compliqués de suppuration labyrinthique), la méningite apparut, non directement après l'opération radicale pétro-mastoïdienne, mais immédiatement à la suite d'un grattage de fongosités de la caisse pratiqué plusieurs jours, ou même plusieurs semaines plus tard, Z. est amené à attacher une gravité de premier ordre à toute manœuvre opératoire exécutée sur les parois limitantes de la caisse, et tout particulièrement sur sa paroi interne ; et cela le conduit à des conclusions pratiques dont quelques-unes ne sauraient avoir que l'approbation générale, tandis que d'autres nous paraissent passibles de sérieuses critiques.

Nous nous trouvons, par exemple, complètement en conformité de vues avec l'auteur quand il conseille à l'opérateur de se charger lui-même de l'étanchement du fond du foyer, au cours de l'évidement pétro-mastoïdien, et de ne le pratiquer qu'après avoir soigneusement enlevé les copeaux osseux détachés par la gouge, afin d'éviter l'enfoncement de ceux-ci dans la paroi profonde de la caisse, au niveau des fenêtres ; mais nous croyons devoir protester contre la pratique préconisée par lui, de s'abstenir de toute manœuvre de curettage dans la caisse, soit d'une façon isolée, soit au cours de la cure radicale, et de compter sur la suppression de la source d'infection antrale pour amener la disparition spontanée des fongosités tympaniques. Il nous semble qu'agir ainsi c'est manquer à un principe généralement bien admis en chirurgie : de n'attaquer un foyer infectieux qu'à la condition de le désinfecter à fond et ici comme ailleurs de ne pas faire d'opération incomplète. Les *opérations incomplètes* ! N'est-ce pas elles précisément qui expliquent amplement les désastres qui font l'objet du travail que nous analysons ? N'est-ce pas effectivement faire une opération incomplète que de pratiquer soit un évidement pétreux, soit un simple grattage de fongosités de la caisse chez un sujet porteur d'un second foyer plus profond, labyrinthique ou sous-dural, qui n'est pas diagnostiqué et par suite pas ouvert. En prenant attentivement connaissance des observations relatées par l'auteur, nous avons pu nous convaincre que les grattages de fongosités justement incriminés par lui dans la genèse des accidents méningi-

tiques étaient des manœuvres exécutées après coup, c'est-à-dire après des évidements incomplets, et cela dans des conditions d'autant plus critiques qu'il s'agissait généralement de malades présentant déjà des maux de tête, du vertige, et qui se trouvaient pour ainsi dire en puissance de méningite, du fait de l'existence d'un commencement de rétention purulente dans leur foyer. Nous ne croyons donc pas que l'on fasse œuvre dangereuse, lors d'une cure dite radicale d'otorrhée, en pratiquant le curettage à fond des fongosités, aussi bien dans la caisse que dans les autres parties du rocher. Tout au contraire, puisque l'on évitera d'avoir à exécuter de ces *regrattages après coup*, que nous considérons comme généralement dangereux, parce qu'ils sont souvent eux-mêmes des opérations incomplètes, susceptibles de réveiller la virulence des germes et d'ouvrir à l'infection des voies de dissémination.

Nous sommes tout à fait de l'avis de l'auteur, en revanche, quand il avance que le chirurgien, qui entreprend l'ouverture d'un foyer auriculaire chez un malade présentant des signes plus ou moins vagues de rétention, fait œuvre de dévouement ; car il risque, en intervenant dans l'espoir de sauver le malade, de hâter l'explosion des accidents méningitiques auxquels celui-ci est, en dehors de l'opération, fatalement voué, et de s'entendre accuser de les avoir provoqués. Nous trouvons aussi exacte que frappante la comparaison par laquelle l'auteur assimile l'opérateur dans ces conditions à un homme courageux qui apercevant tout près d'un baril de poudre une mèche allumée, n'hésiterait pas à enlever vivement celle-ci, au risque qu'une flammèche détachée par son mouvement n'aille provoquer l'accident qu'il a voulu conjurer.

Mais nous restons intimement convaincu que le meilleur moyen d'éviter l'explosion redoutée sera d'être, au cours de l'intervention, le plus radical possible, de ne laisser nulle part de fongosités, de fouiller avec le crochet et la curette les moindres anfractuosités du foyer, à la recherche d'une fistule pouvant conduire dans un second foyer plus profond, et, lorsque certains symptômes font tout particulièrement soupçonner celui-ci, de ne pas hésiter à dénuder systématiquement la dure-mère, soit au niveau du tegmen, soit vers le sinus sigmoïde.

H. LUC.

Les cancers du sinus maxillaire, par RICHOU (Thèse de Paris, Steinheil, édit., Paris, 1905).

Les tumeurs malignes primitives du sinus maxillaire sont relativement rares, elles appartiennent comme variétés au sarcome et à l'épithélioma, le sarcome frappant surtout les sujets jeunes.

L'évolution clinique de ces cancers comporte trois périodes :

1° Une période *latente*, dont il est difficile d'apprécier la durée, pendant laquelle la tumeur se développant dans une cavité close échappe à toute observation, ne se manifestant par aucun symptôme extérieur ni aucun phénomène nasal ; la paroi interne du sinus est en effet respectée au début et reste longtemps indemne.

2° Une deuxième période est caractérisée par des troubles de voisinage dus au développement progressif de la masse néoplasique : douleur sourde et pesanteur du côté du sinus, réaction inflammatoire de la joue, écoulement purulent nasal peu fétide. Au spéculum on constate souvent la présence de polypes d'apparence et de nature myxomateuse, dans la fosse nasale.

3° Après avoir comblé l'antre, la tumeur tend à écarter, à refouler ou à détruire les parois de l'enceinte osseuse pour pénétrer dans les cavités voisines ou faire saillie au dehors.

Arrivé à cette période, le mal fait des progrès rapides provoquant des troubles divers suivant sa migration :

a) Paroi antérieure. Déformation, tuméfaction de la joue, infiltration des téguments, ulcération possible. Troubles fonctionnels dus à la compression des vaisseaux et des nerfs.

b) Paroi inférieure. Envahissement du rebord alvéolaire et de la voûte palatine, chute des dents, écoulement purulent buccal et apparition des bourgeons cancéreux par les alvéoles.

c) Paroi supérieure. Destruction rapide de la paroi sous-orbitaire et pénétration dans l'orbite, s'accompagnant d'exophtalmie, de paralysie motrice du globe, de névrite optique et amenant finalement l'amaurose.

d) Paroi postérieure. Infiltration lente de la région temporale.

e) Paroi interne. Cette paroi malgré sa fragilité apparente est longtemps respectée, elle se laisse à la longue refouler plutôt que détruire et lorsque les prolongements néoplasiques pénètrent dans la fosse nasale c'est presque toujours par l'ostium maxillaire. — Ces bourgeons ont souvent été précédés par des polypes de nature myxomateuse. La narine est obstruée peu à peu et la masse vient faire saillie soit dans le vestibule, soit dans le cavum. Un écoulement purulent abondant est de règle.

En haut et en dedans le néoplasme gagne rapidement le massif ethmoïdal et envahit tout le labyrinthe, les prolongements peuvent même pénétrer dans la cavité crânienne à travers la lame criblée.

Le système ganglionnaire est atteint dès que le cancer a franchi les limites du sinus, quand c'est un épithélioma, les ganglions cer-

vicaux supérieurs et sous-maxillaires sont pris. Dans le sarcome au contraire, l'adénopathie est exceptionnelle.

Le mal fait des progrès rapides, les hémorragies sont fréquentes, les douleurs atroces empêchent tout sommeil, l'alimentation est dans certains cas impossible ; la mort est la terminaison fatale.

Le cancer du sinus maxillaire évolue sous deux formes distinctes. A la manière d'une affection inflammatoire prenant dans certains cas une gravité toute particulière (forme gangréneuse), ou bien il se présente franchement comme une tumeur.

La première de ces formes est bien difficile à différencier de la sinusite simple car aucun symptôme pathognomonique ne permet pendant longtemps de porter un diagnostic ferme. Dans la plupart des cas, l'examen histologique permet seul d'affirmer l'existence d'une tumeur maligne.

Dans l'autre forme où la tumeur évolue sans réaction inflammatoire, le diagnostic reste à faire d'avec les tumeurs solides ou liquides du sinus, sans excepter les accidents tertiaires de la syphilis.

Le traitement doit être exclusivement chirurgical ; il consiste dans la résection plus ou moins atypique du maxillaire supérieur avec destruction du labyrinthe, ablation du malaire, excision du massif ptérygoidien, etc... pour atteindre le tissu sain.

Malgré toutes ces précautions, la récidive est presque fatale, elle se produit toujours en premier lieu au niveau de l'ethmoïde, les résultats sont loin d'être encourageants. Parmi les 17 observations inédites rapportées, quatorze malades ont été opérés, un seul a guéri (l'intervention date de deux ans 1/2).

La syphilis du maxillaire supérieur, envisagée spécialement dans ses rapports avec les affections du système dentaire, par Georges MOURON (Thèse de Nancy, 1905).

Dans la partie historique de cette thèse, l'auteur montre combien l'étude de la syphilis du maxillaire supérieur ne s'est faite complètement que depuis que la rhinologie a pris une place plus importante dans les sciences médicales. A l'encontre de la syphilis de la région palatine, qui est en général bien connue, celle des régions faciale, orbitaire et alvéolaire du maxillaire supérieur reste néanmoins encore ignorée de beaucoup de médecins. Les grands traités de chirurgie mentionnent, il est vrai, mais souvent incidemment ces accidents, et ces derniers sont souvent passés sous silence dans des ouvrages traitant de la pathologie, de la bouche et des fosses

nasales. Il est cependant utile de connaître la syphilis des régions buccale et faciale du maxillaire supérieur, car la méconnaissance de ces accidents peut être une cause d'erreurs importantes de diagnostic. On a confondu ainsi souvent cette affection avec des néoplasmes malins, et cette confusion a entraîné les chirurgiens à l'ablation partielle ou totale du maxillaire supérieur.

La syphilis a cependant des symptômes propres, bien établis, mais souvent ces signes passent inaperçus dans les premiers stades du syphilome, tandis que dans une période plus avancée, leurs caractères sont d'une évidence de plus en plus indiscutable.

A la période de tuméfaction, on trouve un œdème prononcé, avec une teinte bistre cuivré de la lésion. La marche est insidieuse, souvent indolore. Le gonflement apparaît à la partie antérieure de la joue, et l'œdème qui l'accompagne se développe du côté de la paupière inférieure et parfois de la région temporale.

La marche est insidieuse, souvent indolore. Le gonflement apparaît à la partie antérieure de la joue, et l'œdème qui l'accompagne se développe du côté de la paupière inférieure et parfois de la région temporale. A la palpation on sent une masse dure empâtée faisant corps avec l'os. Si ce gonflement apparaît dans la région palatine ou dans la fosse canine, il peut en imposer soit pour un abcès, soit pour un kyste dentaire.

A la période d'ulcération, les symptômes sont plus nets ; il se forme une cavité remplie d'une sérosité purulente et sanieuse à bords fongueux, rouges, mous et saignants. Puis se développent souvent de multiples fistules ; le stylet introduit dans celles-ci découvre la présence d'un os nécrosé et parfois de séquestres mobiles ou non qui entretiennent la suppuration.

Le diagnostic, avant le stade d'ulcération, doit se faire avec toutes les causes de tuméfaction de la région faciale, palatine et alvéolaire (sinusites, kystes, abcès, fluxion dentaire). On est souvent amené à ne faire le diagnostic que par exclusion. Dans les affections inflammatoires, la douleur est plus vive et constante, tandis que quand celle-ci existe dans le cas de syphilis du sinus, cette douleur est nocturne et peu intense ; la marche d'autre part est beaucoup plus lente que dans ces diverses suppurations, moins toutefois que l'évolution de la tuberculose avec laquelle on pourrait confondre cette syphilis osseuse.

Le sarcome de l'arcade alvéolaire a été confondu avec la lésion spécifique du maxillaire. Le premier provoque la chute des dents ; puis à leur place paraît une masse charnue rouge foncé.

L'actinomycose, rare chez l'homme, produit un boursofflement

de l'os, et non pas de séquestres; il existe une fistule permettant la recherche des grains jaunes.

A. RAOULT.

ANALYSES

1. — LARYNX

Sur la distribution et le nombre des fibrilles nerveuses des muscles du larynx. Infériorité du dilatateur de la glotte, par GRABOWER (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 2).

Dans son article paru dans les *Annales* (n° 2, 1903), Broeckaërt, en citant ce travail de Grabower, ne peut s'empêcher de rendre hommage à la patience et à la ténacité avec lesquelles il a dû être fait. Ce compliment n'a rien d'exagéré si l'on réfléchit que G., pour étudier la loi de Semon, s'est livré à un travail consistant non seulement à étudier la répartition macroscopique des fibres nerveuses innervant les différents muscles du larynx mais aussi à compter au microscope le nombre des fibrilles nerveuses se trouvant dans chaque muscle. En comptant les fibrilles qui arrivent au posticus directement du récurrent et indirectement par intermédiaire du muscle transverse, il a trouvé sur 7 postici examinés de 230 à 315 fibrilles nerveuses. Ce nombre est inférieur à celui qu'on trouve dans les autres muscles du larynx. Ainsi le muscle vocal interne et externe contient de 443 à 461 fibrilles, le transverse (en comptant les deux moitiés) 558 fibrilles, etc. En tenant compte du poids du muscle, on arrive à constater que le muscle crico-aryténoïde postérieur est le plus pauvre en éléments nerveux de tous les muscles innervés par le récurrent.

D'après ces données, il est évident, dit G., que les fibres nerveuses des adducteurs et des dilatateurs peuvent être frappées de la même façon et que la parésie ne se manifeste que dans le dilatateur, parce que le dilatateur ne possède pas, comme les adducteurs, à côté des fibres lésées, une autre partie de fibres intactes. En acceptant cette explication, le fameux cas de Saundley constituerait non pas une exception, mais au contraire une confirmation de la loi de Semon. Il suffit d'admettre que dans ce cas exceptionnel le

dilatateur est plus favorisé que ses antagonistes au point de vue de sa richesse nerveuse.

LAUTMANN.

La participation du sympathique dans l'innervation du larynx, par le Prof. SCHULTZ, de Berlin (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 1).

Le point de départ de ce mémoire est l'affirmation de Onodi que le sympathique participe à l'innervation du larynx. A l'appui de cette affirmation, Onodi apporte quelques expériences sur le chien. Cette affirmation est en opposition avec celle de Langley d'après lequel le sympathique n'a aucun pouvoir moteur sur le muscle strié. Cette contradiction et la constatation que les expériences de Onodi n'ont pas encore été contrôlées par d'autres expérimentateurs ont décidé Schultz à répéter les expériences de Onodi sur les chiens et encore d'autres animaux. Dans aucune expérience il n'a pu constater que l'excitation du sympathique eût provoqué un mouvement de l'une ou de l'autre corde vocale. En conséquence, il se croit autorisé à dire que le sympathique n'a aucune part dans l'innervation motrice du larynx. Mais il reste hors de doute, ce que les anatomistes savent déjà depuis longtemps, que le récurrent contient des fibres du sympathique.

LAUTMANN.

Physiologie du chant. Nouvelles expériences, par FLATAU et GUTZMANN (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 1).

Ce travail contient une description des instruments et de la technique dont les auteurs se sont servis dans leurs expériences. Dans le texte sont intercalés une dizaine de graphiques. Quant au texte, il nous a été impossible de le condenser pour une analyse, voire même de donner une idée de son contenu.

LAUTMANN.

Théorie de l'émission du son (Tonansatz) basée sur des recherches anatomo-physiologiques, par BARTH (de Francfort), (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 3).

L'auteur distingue entre Tonansatz (émission du son) et To-neinsatz (attaque du son). Par attaque du son on entend la façon dont les cordes se ferment pour la formation du son. L'émission du son (Tonansatz) dépend de la façon dont le son produit dans le larynx est conduit au dehors. Car sur ce chemin le son gagne

son timbre et il importe où le son frappe pour évoquer la résonance des cavités nasales et pour sortir aussi concentré que possible. Pour obtenir le maximum d'effet, le son doit être conduit le plus près possible derrière l'arcade dentaire. Là-dessus médecins et professeurs de chant sont d'accord. On était aussi d'accord sur ce fait que le larynx ne garde pas une position fixe pendant le chant, mais qu'il s'élève avec les notes aiguës et qu'il descend avec le registre grave.

C'est contre cette dernière théorie que l'auteur s'élève, non pas en niant le fait, mais en contestant son utilité. Barth a trouvé que c'est précisément la caractéristique d'un larynx bien exercé de se mouvoir en sens contraire, c'est-à-dire qu'il descend quand il doit émettre des sons aigus et qu'il se trouve le plus haut quand le son émis est le plus bas.

L'auteur a pu se rendre compte de l'exactitude de cette constatation par l'examen des mouvements qu'exerce le larynx pendant le chant, à l'aide de l'appareil de Zwaardemaker. C'est un appareil enregistreur, construit d'après le système connu de Marey, décrit et photographié dans le texte. Barth nous donne plusieurs diagrammes pris avec cet appareil sur des chanteurs de profession et des dilettantes pour illustrer ses remarques.

Pour comprendre l'intérêt que le chanteur a de chanter les notes aiguës avec le larynx abaissé, il faut se représenter la situation dans laquelle se trouvent la langue, l'os hyoïde, le cartilage laryngien, etc. pendant la phonation. Et l'auteur a ajouté trois planches à son travail qui font saisir en effet au premier coup d'œil les conditions différentes dans lesquelles la colonne d'air est conduite vers l'arcade dentaire dans les différentes positions du larynx. Voici par exemple ce qui se passe si le larynx s'élève au maximum pendant l'émission d'une note aiguë. Le cartilage thyroïde est attiré contre l'os hyoïde; l'os hyoïde presse sur la partie laryngée de l'épiglotte et à travers lui sur les bandelettes et le ventricule. La partie antérieure des cordes est ainsi complètement couverte. Si la pression est exagérée, les cordes se trouvent comprimées à leur tour dans leur tiers antérieur. La colonne d'air vibrante se trouve directement dirigée en haut contre le voile du palais et le cavum. Il va sans dire que Barth explique par ce mécanisme la genèse des nodules vocaux. Dans une courte note additionnée à son travail, Barth cite en les réfutant les objections qu'on a faites à sa théorie.

LAUTMANN.

Contribution à la théorie de la toux, par POLLAK (*Monatsschrift f. Orenheilkunde.*, n° 42, 1904).

Nous croyons que l'auteur conviendra avec nous que rien dans son très long mémoire n'est nouveau pour ceux qui connaissent la question de la physiologie de la toux. Sans nous arrêter aux longs développements dans lesquels l'auteur entre à propos de la toux réflexe provoquée par l'irritation du conduit externe de l'oreille, mentionnons qu'il a observé deux malades chez lesquels il a pu provoquer le réflexe de la toux en irritant la muqueuse de la caisse. L'auteur dit que la toux « intratympanique » était inconnue jusqu'à présent. Dans toute la littérature il n'a pu trouver qu'une seule publication (cas de M. Klein) d'un cas analogue. Voici comment s'exprime l'auteur après une très longue dissertation sur la physiologie de la toux. « Nous connaissons mal la voie par laquelle le réflexe de la toux se fait. Nous connaissons à peine le centre pour la toux, mais nous ne savons rien du mécanisme inhibitoire de ce réflexe. Pour le moment, il faut nous contenter de ce que l'observation clinique nous apprend. »

LAUTMANN.

Traitement de l'aphonie spastique, par E. BARTH (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 1).

Pour montrer l'intérêt qui s'attache à son observation l'auteur rappelle l'opinion de Semon sur le pronostic de l'aphonie spastique. D'après Semon, cette maladie est incurable, jugement certainement trop pessimiste, puisque Jurasz et Wicherek ont chacun rapporté un cas de guérison par la cocaïnisation simple du pharynx et du larynx. L'auteur a essayé sans succès ce dernier traitement dans un cas. Après échec il a eu l'idée d'introduire l'électrode laryngienne dans la glotte cartilagineuse de son malade et en empêchant ainsi les cordes de se coller l'une contre l'autre il a ordonné à son malade d'émettre un son. Le son est sorti d'une bonne voix forte et sur cette méthode il a fait une véritable rééducation de la voix avec succès (jusqu'à présent). Depuis, l'auteur a obtenu encore deux autres guérisons, l'une dans un cas durant depuis deux à trois semaines, l'autre durant depuis deux ans. Aucune récurrence jusqu'à présent (2 mois).

LAUTMANN.

La voix dans la paralysie unilatérale du muscle crico-aryténoïdien postérieur, par Gustave SPIESS (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvi, Hft 3).

On pourrait résumer le travail de Spiess dans la phrase suivante : La cause du trouble de la voix dans la paralysie du muscle postérieur réside dans la différence de niveau dans lequel se trouvent les deux cordes. Cette différence de niveau peut être égalisée par une rééducation de la voix. Mais en résumant si brièvement ce travail on laisserait dans l'ombre toute une série d'idées originales qui méritent qu'on s'y arrête.

Spiess a eu occasion d'examiner un commerçant âgé de 45 ans, qui est venu le consulter en mai 1899 pour des troubles de la voix consistant en une raucité de la voix, presque une perte complète, et de la toux. Le malade, syphilitique et éthylique, a vu avant Spiess, 19 spécialistes, qui tous l'ont soigné pour la syphilis et avec l'électricité pour la paralysie, mais sans amener la moindre amélioration. Le malade était en danger de perdre son gagne-pain s'il ne recouvrait pas sa voix et insistait près de Spiess afin de trouver un moyen pour la lui rendre. A l'examen, le malade présente la corde gauche dans la position médiane et les signes d'une laryngite chronique diffuse.

La corde gauche était dans la bonne position pour la phonation. Si la voix était rauque malgré cela, il n'y avait qu'un seul moyen de corriger cette raucité, et ce moyen consistait à s'adresser à la corde saine et de lui trouver une position dans laquelle le malade pouvait émettre un son clair et bien timbré. En faisant chanter au malade une gamme, on pouvait bientôt découvrir deux notes que celui-ci pouvait émettre avec une certaine netteté. Il s'agissait maintenant de faire faire au malade des exercices sur ces deux notes claires avec des consonnes et des voyelles. Bientôt on gagnait encore un demi-ton et ainsi de suite, si bien qu'au bout de six semaines, le malade possédait sur deux octaves une voix claire et sonore quoique un peu chantante. Deux ans plus tard, le résultat persistait toujours, et à l'examen on voyait toujours la paralysie. Les cordes étaient blanches.

Cette observation a conduit Spiess à poser les cinq questions suivantes dans le journal de Semon : 1^o Comment est la voix quand une corde se trouve dans la position médiane à la suite d'une paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur. Y a-t-il une différence stroboscopique. 2^o Comment est la voix si la corde est en position médiane à la suite d'une ankylose de l'arti-

culatation crico-aryténoïdienne. 3° Quelle est la cause de la raucité de la voix quand la corde est en position médiane. 4° Existe-t-il une différence dans la voix chantée et la voix parlée quand une des cordes est en position médiane? 5° Cette raucité peut-elle être guérie? Comment et dans quelles conditions?

A ces questions, Spiess n'a reçu qu'une seule réponse provenant de Réthi. La voici. Par la position médiane de la corde, la voix est plus ou moins altérée dans la grande majorité (3/4) des cas. La voix parlée peut être conservée, tandis que la voix chantée est altérée. Réthi n'a pas fait d'examen stroboscopique mais il présume qu'il y a une différence dans la vibration des cordes. La corde paralysée est moins tendue dans la phonation. Dans l'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne, Réthi a toujours observé de la raucité de la voix, dans une intensité variable. Pas d'examen stroboscopique non plus. Ici la raucité de la voix a été occasionnée par une différence de niveau des deux cordes, ou par un état pathologique de l'un ou l'autre muscle laryngien, car tous ses cas étaient chroniques. Comme traitement, il indique la faradisation et le traitement de la cause.

On voit que Réthi n'a répondu que sur une partie des questions posées. Les recherches que Spiess a faites dans les livres classiques n'ont pu le renseigner davantage. Force est à Spiess de s'arrêter à une hypothèse nouvelle qui est la suivante. Dans la phonation, à la suite de la contraction du muscle crico-thyroïdien antérieur, le cartilage aryténoïde tombe en avant, l'apophyse vocale descend plus bas, donc la corde paralysée est plus basse que sa congénère. Et ceci s'observe dans 90 % des cas.

La deuxième hypothèse à laquelle Spiess a été conduit par ses observations est que, dans chaque cas de paralysie du muscle postérieur, il se trouve une ou deux notes que le malade peut émettre d'une voix forte et claire. A l'émission de ce son, la différence de niveau entre les cordes disparaît. Ce son est généralement un son élevé. Partant de l'hypothèse de Spiess, l'explication est la suivante. Pour que la différence de niveau disparaisse, la corde saine doit descendre. En descendant, la corde saine se raccourcit, en conséquence, la note émise appartient au registre élevé.

Autre conséquence de son hypothèse. Dans 10 % des cas, la corde paralysée est plus haute que la corde saine. Si dans ces cas il ne s'agit pas d'une anomalie dans l'articulation, on peut supposer qu'il s'agit d'une ankylose dans l'articulation crico-aryténoïdienne, ce qui permettrait de faire le diagnostic différentiel en ce

sens que toutes les fois que dans la position médiane de la corde, la corde paralysée est plus haute que la corde saine, il ne s'agit pas de paralysie vraie, mais d'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne.

LAUTMANN.

Etiologie et pathologie des nodules vocaux, par CORDES (Archiv. f. Laryngologie Bd XVI, Hft 2.)

Disons de suite que ce travail consciencieux (dix-huit nodules ont été examinés au microscope) n'ajoute rien à ce que nous savons déjà. L'auteur étant élève de Fraenkel tache de justifier en partie la théorie glandulaire, mais est obligé de se ranger à l'opinion courante (Chiari etc.) qui voit dans ces nodules de petits fibromes dus à l'irritation du bord libre de la corde vocale. Sur les dix-huit nodules prélevés sur douze malades, Cordes n'a trouvé que quatre nodules dont le point de départ paraissait être la glande de Fraenkel. Mais dans aucun cas où les deux cordes portaient des nodules, la glande n'existait dans les deux nodules en même temps, de même elle manquait quand le nodule était unilatéral. Intéressant est un cas de l'auteur où la formation du nodule a pu être suivi dès le premier moment. Le nodule consistait d'abord dans une petite tumeur œdémateuse du bord libre de la corde, tumeur fugace au début disparaissant par le repos, et s'installant seulement à demeure avec le temps, le malade continuant à traumatiser sa corde par la fausse technique de chant poursuivie.

LAUTMANN.

Pachydermie du larynx, par NOWOTNY (Monatsschrift f. Ohrenheilk, n°5-1905.)

Description de 2 cas de tumeurs du larynx qui correspondent histologiquement à ce que Virchow appelle la pachydermie du larynx. On sait que Virchow comprend sous cette dénomination une hyperplasie de la muqueuse du larynx qui peut se manifester soit sous une forme diffuse intéressant la muqueuse laryngienne en totalité ou en grande partie, soit sous forme de tumeur plus ou moins circonscrite. Quoique dans l'esprit de Virchow la pachydermie appartient aux tuméfactions inflammatoires de la muqueuse, ses relations avec les néoplasies malignes ont été constatées par différents observateurs. Ainsi le premier cas publié par Nowotny (tumeur papillomateuse avec épaissement de l'épithélium) opéré pour exérèse endolaryngée est restée sans récurrence après l'opération. Dans le deuxième cas cliniquement analogue

au premier, opéré par laryngofissure, l'examen histologique montre des bourgeons épithéliaux atypiques allant très en avant dans le tissu conjonctif. L'auteur se demande s'il n'existe pas dans ce cas un commencement de transformation carcinomateuse.

LAUTMANN.

La nature des kystes de l'épiglotte, par Otto KÄHLER (*Archiv. f. laryngologie*, Bd xvii, Hft 1.)

A propos d'un kyste dermoïde de l'épiglotte Kähler étudie ce chapitre. La plupart des kystes de l'épiglotte sont des kystes de rétention. Ces kystes sont transparents, ont un contenu muqueux, clair et se montrent à la suite des inflammations, rarement à la suite d'une obstruction mécanique du conduit kystique. Le reste comporte les kystes embryonnaires, qui peuvent dériver de l'entoderme ou du système branchiogène. Les kystes de l'entoderme (ou kystes épidermiques comme les appelle Garel) sont des tumeurs jaunes avec un contenu caséux (kystes dermoïdes), les kystes branchiogènes contiennent du cartilage (cas de Senator.)

LAUTMANN.

Hématome de la corde vocale par IMHOFER (*Archiv. f. Laryngologie*, Bd xvii, Hft 1.)

Les varices du larynx (la phlébectasie laryngée) est une affection très rare et Mackenzie qui la décrit n'en a vu que 4 cas. Ces varices se trouvent surtout sur l'épiglotte et la partie supérieure du ventricule de Morgagni. L'auteur a eu l'occasion d'examiner au microscope la corde vocale d'un homme mort d'urémie. Cette corde portait une tumeur sanguine qui, vue au microscope, se composait d'une quantité de vaisseaux dilatés et rompus transformés en hématome.

En parlant de l'étiologie de cette affection et dont la principale est un trouble de la circulation, l'auteur nous rappelle ses études sur les relations entre les troubles circulatoires des voies aériennes supérieures et les maladies gastro-intestinales (pharyngite dyspeptique.) Cette relation ferait penser à celle qui existe entre les hémorroïdes et les affections gastro-intestinales, mais elle est loin d'être aussi fréquente et surtout la coïncidence entre la phlébectasie pharyngée et les hémorroïdes n'est pas aussi constante que le dit Tobold. La phlébectasie est à distinguer de la laryngite hémorragique qui prend place parmi les inflammations du larynx.

Quant au traitement de la phlébectasie laryngée la guérison est subordonnée à la cause provocatrice, donc généralement aux troubles dyspeptiques. On pourrait essayer comme traitement local les pulvérisations d'adrénaline, la scarification, l'exérèse chirurgicale. Les badigeonnages, les insufflations sont contre indiqués.

LAUTMANN.

Laryngosténose aiguë récidivante causée par une laryngite sous-glottique, par S. CITELLI (*Arch. ital. di. laryngot.*, avril 1903, f. 2, p. 49.)

Il s'agit d'un enfant de 3 ans et demi qui, une première fois, à la suite de la rougeole, une seconde après un refroidissement, fut atteint à un intervalle de quatorze mois, d'une laryngite sous-glottique aiguë intense. Le tubage, puis la trachéotomie durent être pratiqués. Le décanulement étant difficile et l'enfant menaçant de devenir canulard, on n'obtient une dilatation suffisante de la région sous-glottique que par l'introduction de tubes très légers faits de vulcanite seule sans squelette métallique, mais cependant très résistants. Citelli recommande ces tubes pour éviter les lésions de décubitus.

M. BOULAY.

La laryngite sous-muqueuse aiguë, par RUPRECHT (Breme) (*Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, n° 2 1905).

La terminologie, dont se sert l'auteur dans le titre, appartient à Kuttner. C'est ce dernier qui dans une monographie s'est occupé du phlegmon du larynx, qu'il dénomme « laryngite sous-muqueuse aiguë » dont il distingue plusieurs catégories. L'observation publiée par l'auteur concerne un cas de ces laryngites rares.

Une femme de 42 ans est atteinte d'albuminurie depuis treize ans. Sa santé est bonne en dehors de cette affection rénale. Il y a trois semaines la malade a été atteinte d'angine avec dysphagie très prononcée. Amélioration pour quelque temps et ensuite recrudescence. La dysphagie est plutôt mécanique que douloureuse. Examinée le 11 avril par Ruprecht on constate. Etat général mauvais, pouls 78, voix sans timbre. Dysphagie mécanique, pas de douleurs. Dans la région laryngienne externe une tuméfaction indolore, dure, occupant surtout le côté gauche du larynx. Le larynx paraît avoir les dimensions d'une pomme. La laryngoscopie est difficile (la malade a des palpitations) et permet de constater : Toute la moitié gauche du larynx, l'épiglotte excepté, est

tuméfiée et immobile. La bandelette droite tuméfiée, la corde droite est rouge et gonflée. Le larynx en général pas plus rouge que d'habitude. Dans la glotte rétrécie se trouve du mucus, pas de pus, pas de membranes, fétidité de la bouche. Traitement: glace.

Le 14 avril la température est de 38-6, le pouls de 86, la respiration de 22. La malade a vers quatre heures des frissons et des sueurs. A la laryngoscopie même état, la tuméfaction externe paraît avoir augmenté.

Dans la suite la guérison se dessine franchement, le gonflement interne et externe diminue. Le 3 juillet seulement le larynx est devenu normal.

Pour comprendre ce cas il faut savoir que Kuttner distingue entre une laryngite sous-muqueuse aiguë infectieuse et non infectieuse. La laryngite sous-muqueuse aiguë infectieuse peut passer d'après Kuttner par les étapes suivantes: elle peut former un œdème infectieux et constituer l'érysipèle du larynx; elle peut se présenter dans l'état dont notre auteur nous rapporte un exemple (période plastique du phlegmon), ou enfin arriver à la suppuration franchie (période suppurative de phlegmon.)

Ces cas étant très rares l'auteur saisit l'occasion pour rapporter l'observation d'un cas qu'il a eu l'occasion d'observer à la clinique de Schech et qui s'était gravé dans sa mémoire.

Un homme a été opéré d'une petite tumeur de la base de la langue. Anse galvanique et insufflation d'iodol. Quelques jours plus tard le malade revient se plaignant de frissons, d'un mauvais état général, de dysphagie douloureuse. Epiglote paraît tuméfiée à la base. La plaie opératoire est grise, les bords sont rouges. Cartilage aryénoïde-gauche et le pli ary-épiglottique gauche tuméfiés et rouge. Application de glace. Le lendemain amélioration. Le cartilage aryénoïde baigne dans du pus. Guérison en quelques jours (Cas de laryngite sous-muqueuse aiguë suppurée.)

LAUTMANN.

NOUVELLES

Nous apprenons avec le plus vif plaisir que notre éminent collaborateur le Dr REAULT vient d'être promu au grade d'Officier dans l'Ordre de la Légion d'honneur.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

PRIX FILLoux. — Le prix Filloux, prix d'otologie des hôpitaux de Paris, a été décerné, en 1905, à M. HAUTANT, interne à l'hôpital Saint Antoine.

Hôpitaux de Paris

Le Dr Marcel LERMOYER, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Antoine, commencera le mercredi 25 avril 1906, avec le concours de ses assistants, MM. les docteurs Léon BELLIN et Paul LAURENS, un cours pratique de technique et de thérapeutique oto-rhino-laryngologique, et le continuera tous les jours, sauf le dimanche.

Ce cours sera complet en trente leçons.

Les élèves seront individuellement exercés au maniement des instruments.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance auprès du Dr BELLIN, assistant du service, à l'hôpital Saint-Antoine, rue du Faubourg Saint-Antoine, 164 (12^e) Paris.

Le Dr NOLTENIUS a été chargé de la direction du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital municipal de Brème.

Le Dr KRIMER est nommé professeur d'otologie, rhinologie et laryngologie à l'Académie de Dusseldorf.

Le privat-docent NEUMAYER, de Munich, a reçu le titre de professeur extraordinaire et succède à SCHAH, comme chef de la polyclinique rhino-laryngologique de l'Université de Munich.

Le Prof. SEIFERT a été chargé de la direction de la nouvelle polyclinique rhino-laryngologique instituée à l'Université de Wurzburg.

Le 27 décembre dernier, à la Nouvelle-Orléans, une coupe d'honneur, dite *Loving cup*, a été solennellement remise à notre collaborateur le Dr DE ROALDÈS. Cette récompense annuelle, décernée à la personne qui s'est distinguée par ses œuvres d'utilité publique, lui a été justement attribuée pour la fondation de l'Hôpital des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

L'otite moyenne aiguë et son traitement, par G. LAURENS. J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1906.

L'albuminurie gouteuse, par F. DE GRANDMAISON. Bibliothèque de la nutrition, Maloine, éditeur, Paris, 1906.

Die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches von den adenoiden Vegetationen unabhängiges Leiden betrachtet, par VIKTOR LANGE (Copenhague). Editeurs, Urban et Schwarzenberg, Berlin et Vienne, 1905.

Benzocalyptol (Inhalations et Gargarismes). Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches (Voir aux Annonces).

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*, sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS



HÉMOGLOBINE DESCHIENS

FER ORGANIQUE VITALISÉ, OPOTHÉRAPIE HÉMATIQUE

La seule contenant les oxydases du sang.

ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, DÉBILITÉ. — Sirop, Vin, Granulé.



OUATAPLASME

du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÊMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

CÉRÉBRINE (Coca-Théine analgésique Fournier)

Medicament spécifique des MIGRAINES

et des NÉURALGIES REBELLES

E. FOURNIER, 21, Rue de St-Petersbourg, PARIS et toutes Pharmacies.

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

NS
E
ng.
le.

E
RIS
r.
le.